



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica
na Unidade de Cuidados Intensivos: Intervenção
Especializada de Enfermagem

Ana Sofia Lusquiños Silva

Lisboa

2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica
na Unidade de Cuidados Intensivos: Intervenção
Especializada de Enfermagem


Ana Sofia Lusquiños Silva

Orientador: Professora Doutora Anabela Mendes

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Three thick, wavy green lines of varying shades (light green, medium green, and dark green) sweep across the bottom right corner of the page, creating a dynamic, abstract design.

*“uma das tarefas mais difíceis como ser humano
é ouvir as vozes dos que sofrem”*

Frank (1995)

AGRADECIMENTOS

Às Professoras Florinda Galinha e Maria Cândida Durão pela orientação na fase inicial deste percurso formativo.

À Professora Doutora Anabela Mendes pela orientação, determinação e exigência, disponibilidade e incentivo constantes.

Aos Enfermeiros Orientadores Clínicos pela sua colaboração e contributo.

Ao núcleo de colegas de trabalho pelo incentivo, motivação e disponibilidade.

A todos os meus colegas de Mestrado pela coesão saudável, suporte e partilha que ficará. Em especial à Denise pelo apoio constante.

À família e amigos pela presença, compreensão e incentivo.

À minha mãe pelo suporte incondicional e disponibilidade, indispensáveis para aqui chegar.

Ao André, o companheiro de sempre, pela compreensão, motivação e amor.

Ao José pelo amor e força que transmites, por seres o menino que és.

Ao Luís por tão bem me acompanhar nesta fase final.

Ao meu pai por nunca me fazer esquecer o que é ser família.

RESUMO

Face à complexidade do contexto, os enfermeiros nas unidades de cuidados intensivos (UCI) centram-se no desenvolvimento de competências em áreas inovadoras de tecnologia que possibilitem uma resposta efetiva às necessidades da pessoa em situação crítica. A família na qual se insere a pessoa doente experiencia uma condição de elevada vulnerabilidade pela vivência do processo de saúde-doença do seu ente, constituindo-se parte integrante da equipa de cuidados. Importa garantir num cuidado tecnológico, o acolhimento à família da pessoa em situação crítica na UCI. O cuidado centrado na família, enquanto filosofia do cuidar, amplia o círculo de atenção dos enfermeiros, perspetivando intervenções de enfermagem que integram a família no foco do cuidar e como recurso essencial, no cuidado à pessoa doente.

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi proposta a realização de um relatório de estágio que expusesse o percurso formativo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e, em particular, na área temática escolhida – “Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados Intensivos: Intervenção Especializada de Enfermagem”. A análise profunda do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, nos diferentes contextos de estágio – cuidados paliativos, urgência e cuidados intensivos – sustentada no Modelo Calgary de Wright e Leahey, explana as atividades realizadas e os respetivos resultados obtidos que permitiram alcançar a finalidade a que se propôs.

O percurso formativo desenvolvido permitiu investir no raciocínio crítico e reflexivo com vista à compreensão profunda da situação global. Através da mobilização de novos conhecimentos com base na evidência científica, conduziu a um agir em clínica que garante a intencionalidade do cuidado centrado na família da pessoa em situação crítica na UCI.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica; família; cuidado centrado na família; cuidados intensivos

ABSTRACT

Given the complexity of their context, nurses in intensive care units (ICU) focus on the development of skills in innovative areas of technology that enable an effective response to the needs of a person in a critical situation. The sick person's family experiences a condition of high vulnerability by living the illness-health process of their relative, forming an integral part of the care team. The reception of the family of a patient with critical illness in the ICU should happen despite the provided technological care. Family-centered care, as a caring philosophy, broadens the nurses' circle of attention, aiming for nursing interventions that include the family into the care focus and considers it an essential resource in caring for the sick person.

Within the scope of the "Internship and Report" Course of the 8th Master's Degree in Nursing with a Specialization in Critical Illness from Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, it was proposed to carry out a traineeship report that outlined the formative path of acquisition and development of specialized nursing competences in the provision of care to critical illness patients and particularly, in the selected subject - "Reception to the Family of a Critical Illness Patient in the Intensive Care Unit: Specialized Nursing Intervention." The thorough analysis of how competences were acquired and developed in different internship contexts - palliative care, urgency and intensive care - based on the Calgary Model of Wright and Leahey, explains the performed activities and the associated results that allowed the goals of this work to be accomplished.

The work that was developed enhanced my critical and reflexive reasoning on a path to a deep understanding of the global situation. Through the application of new knowledge based on scientific evidence, it led to a clinical practice that guarantees the intentionality of care focused on the family of a patient with critical illness in the ICU.

Keywords: critical illness; family; family centered care; intensive care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1. A Pessoa em Situação Crítica e a Família na qual se insere	19
1.2. O Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica na UCI.....	22
1.3. O Cuidado Centrado na Família da Pessoa em Situação Crítica na UCI	24
2. ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	31
2.1. Cuidados especializados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e sua Família na UCP e SU	34
2.2. Estratégias de comunicação na prestação de cuidados de Enfermagem à PSC e sua Família	49
2.3. Intervenções de Enfermagem promotoras do Cuidado Centrado na PSC e sua Família	53
2.4. Raciocínio crítico e reflexivo com mobilização da evidência científica e da experiência clínica na área da PSC	57
2.5. Desenvolvimento da formação contínua em Enfermagem no Acolhimento à Família da PSC	58
CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

Apêndices

Apêndice I – Cronograma de Estágio – 3º Semestre

Apêndice II – Relatório das IX Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva

Apêndice III – Relatório do Congresso Científico Status 5

Apêndice IV – Relatório do III Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem
dos Enfermeiros

Apêndice V – Póster “O Cuidado Centrado na Família da Pessoa em Situação
Crítica na Unidade de Cuidados Intensivos: Intervenção do Enfermeiro Perito”

Apêndice VI – Plano e Guião da Sessão de Formação na UCP

Apêndice VII – Apresentação da Sessão de Formação: “A Família – Uma
abordagem na Unidade de Cuidados Paliativos”

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapeamento de conceitos	29
Figura 2. Percurso formativo de aquisição e desenvolvimento de competências	33
Figura 3. Cuidados de enfermagem centrados no cliente pessoa doente e família no processo de doença. Adaptado de Twycross (2003)	35
Figura 4. Articulação dos cuidados curativos e cuidados paliativos à PSC e sua família	36
Figura 5. Enfermeiro perito na prestação de cuidados especializados à PSC e sua família	48
Figura 6. Comunicação com a família da PSC	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

ECMO – *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

eCPR – *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation*

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESAS – *Edmonton Symptom Assessment System*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EV – endovenosa

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação da Família

MCIF – Modelo Calgary de Intervenção na Família

NAS – *Nursing Activity Score*

NEMS – *Nine Equivalents of Nursing Use Manpower*

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SC – subcutânea

SO – Sala de Observação

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

TISS – *Therapeutic Intervention Scoring System*

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV – Via Verde

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, o presente documento intitulado de Relatório de Estágio, revela o percurso formativo desenvolvido no 3º semestre, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Após a concretização do estágio, importa agora descrever e refletir pormenorizadamente sobre as atividades desenvolvidas com vista à análise profunda do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC) e em particular, na temática proposta a desenvolver no projeto: Acolhimento à Família da PSC na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Este percurso académico teve como suporte as competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (Direção Geral do Ensino Superior, 2008), o perfil de competências definido pela ESEL no plano de estudos do CMEPSC (ESEL, 2010), o regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro, 2019) e por fim, o quadro de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC, documentadas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º124/2011 de 18 de fevereiro (2011). O Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2005), referência que sustenta a prática do exercício profissional de enfermagem, permitiu como suporte, ir ao encontro de um agir profissional, ético e deontologicamente sustentado, que possibilita a tomada de decisão e julgamento clínico de acordo com as necessidades da PSC e sua família.

A problemática de partida surge de um tema de particular interesse e motivação pessoal, tendo por base valores pessoais e profissionais em que se acredita. Advém de uma necessidade identificada numa UCI, em contexto de exercício profissional, onde através dos dados obtidos, desde Janeiro de 2009 em consulta de *follow-up*, realizada ao doente 6 meses após a alta, foi possível constatar que a preocupação com a família corresponde à primeira experiência vivenciada e relatada por 41,37% dos doentes inquiridos. Apreendida como a mais relevante e impactante, no que respeita às causas de *stress* lembradas durante o internamento, a preocupação com a família por parte do doente é manifestada em primeiro lugar como fator de *stress*, comparativamente a aspetos fisiológicos vivenciados, tais como a sede e a

dor. Carneiro (2004) dá relevância ao apoio psicológico prestado pela família ao doente crítico, no que respeita à diminuição do *stress* provocado pela doença, que constitui por si só, um adjuvante fulcral na minimização do impacto do internamento na UCI, representando ganhos em saúde para ambos.

Quanto ao acolhimento à família, este é realizado numa sala destinada para esse fim, pelo enfermeiro atribuído ao doente. Esta prática é suportada na norma existente, referente ao acolhimento e acompanhamento de familiares na UCI. Não obstante, apesar da normalização do procedimento, no levantamento anual das necessidades formativas, os enfermeiros da unidade referiram o acolhimento e a abordagem à família do doente, como a 8ª necessidade de formação mais referenciada, em prioridade a outras competências em áreas inovadoras de tecnologia avançada. Este aspeto motivou no referente ano, a criação de um grupo de trabalho na abordagem à família do qual faço parte integrante.

Relativamente aos dados da carga de trabalho dos enfermeiros, avaliados pelos índices TISS (*Therapeutic Intervention Scoring System*), NEMS (*Nine Equivalents of Nursing Use Manpower*) e NAS (*Nursing Activity Score*), verificou-se no presente ano um aumento substancial das horas de cuidados de enfermagem necessárias ao doente por dia de internamento, que correspondem a 18,65h, comparativamente às 16,94h recomendadas e documentadas no Regulamento n.º 533/2014 de 2 de Dezembro (2014). Este aspeto pode justificar a falta de tempo tantas vezes referida pelos enfermeiros, no que concerne à inclusão da família como foco do cuidar em enfermagem.

No que respeita aos fatores intrínsecos motivacionais, a escolha da temática prende-se com a importância do desenvolvimento de competências nas situações que considero serem mais difíceis de lidar, que estão intrinsecamente relacionadas com a abordagem à família do doente. O impacto vivido pelos membros da família da PSC potencia uma vulnerabilidade acrescida, onde “só um profissional responsável se permite acautelar a vulnerabilidade daqueles com quem interage” (Mendes, 2016, p. 7). Uma condição que também emerge nos enfermeiros que lidam diariamente com situações que acarretam um enorme controlo emocional, perante o sofrimento presenciado daqueles a quem prestam cuidados.

Na prestação de cuidados de enfermagem à PSC, o acolhimento à família a que pertence, de acordo com Maestri et al. (2012) assume particular importância por ser

o momento desde o início do encontro, de estabelecimento de um vínculo de confiança na relação entre enfermeiro e família, o que permite que esta, nos momentos de acesso à UCI “alivie algum do seu desassossego” (Mendes, 2015, p. 13). Este momento deverá enfatizar a humanização dos cuidados, através do estabelecimento de uma relação terapêutica que minimize o impacto do internamento no seio familiar (Martin, Sousa, & Batista, 2014).

O enfermeiro especialista em enfermagem em PSC que engloba a assistência à família do doente nas perturbações emocionais decorrentes da condição de um dos seus membros (Regulamento n.º124/2011 de 18 de fevereiro, 2011) assume um lugar de excelência na promoção de intervenções autónomas de enfermagem, que sensibilizem a equipa para esta problemática. Numa abordagem holística, impera a intencionalidade da promoção de um cuidado centrado na família, considerando-a “como objeto de cuidados e não apenas como o contexto da pessoa doente” (Sá, Botelho, & Henriques, 2015, p. 43).

O presente documento teve como ponto de partida a elaboração de um projeto de estágio que permitiu o suporte e planeamento do percurso formativo de desenvolvimento e aquisição de competências baseado na temática proposta. Neste âmbito e de acordo com a finalidade do projeto: Desenvolver competências especializadas de enfermagem no acolhimento à família da PSC na UCI, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC e sua família no Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Paliativos (UCP);
- Mobilizar estratégias de comunicação na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e sua família;
- Realizar intervenções de enfermagem promotoras do cuidado centrado na PSC e sua família;
- Aperfeiçoar o raciocínio crítico e reflexivo, com mobilização da evidência científica e da experiência clínica na área da PSC;
- Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua em enfermagem no acolhimento à família da PSC.

De acordo com o modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem por Benner (2001), o desenvolvimento da competência advém da sua transformação resultante da experiência profissional e domínio do conhecimento

onde o contexto, a intenção e as interpretações não podem ser excluídos dos aspetos inerentes à prática competente. Neste sentido e tendo em conta a temática proposta, o percurso de aquisição de competências foi desenvolvido em três contextos clínicos distintos: cuidados paliativos, urgência e cuidados intensivos no âmbito do meu exercício profissional. Tendo em conta o modelo de Dreyfus, este percurso tornou-se essencial para a aquisição e desenvolvimento de competências com vista à progressão a nível proficiente/perito que se pretende atingir, na prestação de cuidados à PSC e acolhimento à família na qual se insere, em contexto de UCI.

Considerando a temática, emergiu como referencial o Modelo Calgary de Wright e Leahey, que incorpora o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e o associado, Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF). Esta eleição prende-se por ser um modelo de estrutura multidimensional direcionado para a abordagem à família no âmbito da enfermagem.

No que respeita à sua estrutura, este documento encontra-se organizado em dois capítulos. O primeiro corresponde ao enquadramento teórico, que se encontra dividido em subcapítulos que sintetizam os conceitos centrais da temática, com base na evidência científica encontrada através de uma pesquisa inicial para conhecimento do estado da arte e de uma pesquisa avançada, efetuada para a elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). Este enquadramento é suportado no referencial que advém da temática - Modelo Calgary de Wright e Leahey. O segundo capítulo reporta-se à análise do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências ocorrido nos diferentes contextos clínicos propostos, onde se encontram explanadas as atividades desenvolvidas e processos de trabalho utilizados, com os respetivos resultados obtidos. Esta análise sustenta-se na finalidade e objetivos do projeto, potenciada pela reflexão crítica com base na evidência científica e quadro de referência que a suporta.

O presente relatório cumpre as orientações presentes no Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL (2018), sendo que as referências bibliográficas foram elaboradas de acordo com a norma APA (6ª edição). Todo o documento foi redigido segundo o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa. Importa referir que ao longo do trabalho, utilizarei o termo doente ou pessoa doente considerando ser o que melhor se adequa, dado que me reporto a um contexto de situação de doença em que a pessoa se encontra.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Considerando a leitura e análise crítica da evidência científica relevante produzida, selecionada através de uma pesquisa inicial para conhecimento do estado da arte e de uma pesquisa avançada efetuada para a elaboração de uma RIL, importa neste capítulo compreender os conceitos que são inerentes à temática do acolhimento à família da PSC na UCI, relacionando-os com o referencial que a sustenta – Modelo Calgary de Wright e Leahey.

De seguida, serão reportados estes conceitos em diferentes subcapítulos, nomeadamente as características da PSC e definição do domínio família na qual se insere; o processo e dinâmica que envolve o acolhimento à família da PSC na UCI, enquanto estratégia terapêutica; e no seu decorrer, o entendimento do cuidado centrado na família da PSC na UCI. O conhecimento adquirido previamente irá apropriar um progressivo entendimento dos processos que envolvem a vivência da experiência em clínica.

1.1. A Pessoa em Situação Crítica e a Família na qual se insere

O conceito de *Pessoa em Situação Crítica* define-se como aquela que “não é mais capaz de manter de forma independente a estabilidade fisiológica (...) é tipicamente dependente da vida em terapia intensiva contínua e da tecnologia de suporte” (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011, p. 74). A sua definição está intrinsecamente relacionada com a necessidade de dependência que lhe assiste pela disfunção fisiológica latente. A Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º124/2011 de 18 de fevereiro (2011, p. 8656) salienta de forma semelhante esta necessidade da PSC “cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”, onde se espera que os cuidados de enfermagem sejam “altamente qualificados prestados de forma contínua”.

Associados à tecnicidade e agilidade dos procedimentos, os cuidados de enfermagem impõem ações complexas que exigem observação, colheita e procura contínua de informação de forma sistemática e individualizada, com o objetivo de suporte e recuperação das funções vitais do doente em falência multiorgânica (Ministério da Saúde, 2017; Sá et al., 2015). De acordo com Benner et al. (2011), no

contexto do cuidar da PSC, a tecnologia surge como uma parte integral e fundamental da prática competente do enfermeiro, vista como um meio facilitador do cuidar em enfermagem. Locsin (2013) destaca os cuidados de enfermagem que integram a perícia tecnológica e o conhecer a pessoa, como condição que preserva a humanidade no mundo contemporâneo dominado pela tecnologia. Num ambiente repleto de tecnicidade, percebe-se que é o cuidado de enfermagem que acrescenta a humanidade e a individualidade à pessoa, atribuindo-lhe significado. O cuidar em enfermagem “não é redutível a atos, por mais sofisticados que sejam” (Hesbeen et al., 2013, p. XIV). Cada ato que constitui o cuidar, implica um agir particular numa trajetória de vida única da pessoa singular, o que o torna complexo e único (Hesbeen et al., 2013). Silva (2007, p. 13), relembra a Escola do Cuidar no âmbito da enfermagem de J. Watson e S. Roach: “Watson refere que a enfermagem consiste na ciência e na filosofia do “*Caring*” e Roach afirma que a enfermagem é a profissionalização da capacidade humana de Cuidar”. De acordo com Collière (1989, p. 235) cuidar define-se como um “ato de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar a reproduzir-se”. Concretamente para o exercício de uma enfermagem avançada, Silva (2007, p. 19) afirma que os enfermeiros necessitam centrar-se “nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias ao longo do ciclo vital usando o conhecimento gerado pela investigação e teoria de enfermagem”.

O processo de doença nunca é um acontecimento isolado ao doente, também a sua família vivencia este impacto que a todos envolve. A família da PSC está intimamente envolvida no decurso da doença do seu familiar. Um processo geralmente imprevisível e de origem súbita, que quando não é acompanhado, reserva a todos para quem a pessoa doente é significativa, de um modo individual e coletivo, momentos de grande sofrimento que alteram o equilíbrio e dinâmica familiar (Pardavila Belio & Vivar, 2011; Relvas, 1996).

O envolvimento da família nos cuidados de saúde, para Wright & Leahey (2012) é a assunção de um compromisso e de uma obrigação ética e moral, que exerce um impacto significativo na saúde e bem-estar dos seus elementos, com influência considerável no processo de doença. Segundo Mendes (2015, p. 13) “a família torna-se cliente de enfermagem pela vivência de um processo de transição saúde-doença de um dos seus membros”, o que evidencia que ao cuidarmos o doente, também estamos a cuidar a sua família, sendo que o contrário também se sucede.

Deste modo, considera-se fulcral a integração da família como “sujeito ativo no processo de cuidados e uma extensão do doente crítico” Oliveira & Nunes (2014, p. 962).

Quem pode ser considerada *família* do doente? Na definição da Versão 2 da CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) (International Council of Nurses, 2011) entende-se a família como cliente de enfermagem, sujeito que beneficia da intervenção e a quem o diagnóstico se refere. Define-se como grupo que consiste numa “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (International Council of Nurses, 2011, p. 115).

Numa abordagem sistémica do cuidado à família, a definição aplicada por Wright & Leahey (2012, p. 55) “família é quem seus membros dizem que são”, também revela uma abertura e flexibilidade face ao seu conceito comum, habitualmente reduzido a um grupo de pessoas ligadas por laços de sangue e que vivem em coabitação. Acrescenta à ideia de conjunto, uma visão alargada que dá ênfase ao vínculo afetivo e às relações emocionais, abrindo exceção na ausência de consanguinidade ou ligações no âmbito legal. Esta perspetiva vai ao encontro da ideia de um sistema vincutivo de uma rede complexa, onde segundo Gameiro (1999, p. 187), “a simples descrição dos elementos de uma família não serve para transmitir a riqueza e a complexidade relacional desta estrutura”. Mendes (2015, p. 26) dá relevância ao estudo do que “confere significado a cada família, mas essencialmente o significado de cada um dos membros na estrutura da família: para as partes e para o todo”.

Ainda que existam muitas definições deste conceito, na intervenção junto da família, importa sobretudo considerá-la como um todo na sua singularidade e individualidade, conferindo significado a cada um dos membros que a constituem e às relações que na sua construção compõe a sua identidade. No domínio família, Mendes (2015) ao considerar a sua unicidade prevê que o significado atribuído a determinada experiência seja diferente para cada pessoa, sendo também diferente a sua perspetiva e necessidades, que interessa conhecer para que se possa responder em conformidade.

O MCAF de Wright & Leahey (2012) enfatiza a importância de um olhar atento sobre a família. Através deste modelo de avaliação, como uma estrutura multidimensional, é reconhecida a complexidade dos relacionamentos que surgem dos vínculos entre os membros que a constituem. Elenca a ideia de um paradigma da rede, como uma base útil para integrar as teorias do vínculo afetivo e de sistemas familiares, nos domínios estrutural, de desenvolvimento e funcional. A obtenção de dados de avaliação no domínio estrutural, por genograma e ecomapa, não necessariamente extensa e exaustiva, subsidia os enfermeiros na assunção de quem é significativo para aquele doente.

1.2. O Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica na UCI

O acolhimento à família da PSC em contexto de cuidados intensivos, de acordo com Maestri et al. (2012) assume particular importância por representar o início do estabelecimento de um vínculo de confiança na relação entre enfermeiro e família, o que permite que esta nos momentos de acesso à UCI “alivie algum do seu desassossego” (Mendes, 2015, p. 13). Trata-se do primeiro momento na interação enfermeiro-família que enfatiza a humanização do cuidar:

cria-se aqui a primeira oportunidade para que a interação aconteça e convirá acolher os membros da família e interpretar o modo como chegam ao serviço. Pretende-se que a sua vulnerabilidade seja reconhecida e que o cuidado que recebem seja o mais humanizado possível, considerando na pessoa doente, a família em que se insere (Mendes, 2015, p. 215).

O acolhimento à família da PSC corresponde à oportunidade do início de uma relação terapêutica, que segundo Urizzi et al. (2008) se for fortalecida e significativa torna-se também facilitadora da aproximação entre doente e enfermeiro. Pela proximidade existente para com a pessoa doente, a presença dos enfermeiros é vista pelos membros da família como potencialmente facilitadora na resposta às suas necessidades (Mendes, 2015). No entanto, de acordo com Oliveira & Nunes (2014) o acolhimento pode constituir uma estratégia terapêutica desafiante para a equipa de enfermagem, sobretudo em contexto de cuidados intensivos.

Segundo Carneiro (2004) é na primeira visita à UCI que surgem as primeiras dificuldades na comunicação com a família, decorrentes da elevada ansiedade desta face à irrupção de uma súbita série de problemas relacionados com o internamento

do seu ente. Frequentemente estas situações devem-se a circunstâncias de incoerência no que respeita à informação transmitida por parte dos diferentes elementos da equipa de saúde (Bond, Draeger, Mandleco, & Donnelly, 2003), o que pode conduzir à necessidade de validação e confronto da informação recebida. De acordo com os mesmos autores, Bond et al. (2003, p. 67), a inconsistência na informação fornecida por diferentes profissionais em alturas distintas, “pode provocar mais dano do que benefício”. Neste sentido, sugerem a transmissão da informação à família, através de um sistema de comunicação efetiva de forma uniforme e condensada por parte da equipa de profissionais de saúde. Particularmente no momento do acolhimento à família do doente crítico, Carneiro (2004) aponta estratégias que visam uma comunicação eficaz e conseqüentemente potenciam a diminuição dos efeitos negativos que o internamento provoca no núcleo familiar:

- Preparação prévia da família na primeira visita à UCI, que permite a minimização do impacto visual com o ambiente da unidade, bem como determinar quais as suas expectativas em relação ao doente e à equipa;
- Esclarecimento das regras de funcionamento da UCI, através de diálogo ou material escrito;
- Identificação do familiar de referência que irá estabelecer relação direta entre a equipa profissional e restantes membros da família;
- Definição do horário e número de visitas, bem como do médico assistente e enfermeiro encarregue de prestar informações.

Considerando o momento inicial de admissão na UCI, prevê-se que a iniciativa da interação deva partir do enfermeiro, uma vez que a família carece do seu cuidado na situação (Mendes, 2015). Importa que esta se sinta “esperada no serviço”, através da existência de “profissionais disponíveis e preparados para a receber” (Mendes, 2015, p. 216). Em condição de impossibilidade, interessa garantir que a família seja informada dos “condicionalismos técnicos ou humanos” por forma a evitar “situações de desconforto e mal entendidos” (Mendes, 2015, p. 216).

O acolhimento à família cria uma oportunidade de interação, que de acordo com Mendes (2015) pressupõe um envolvimento crescente no sentido de um cuidado inclusivo. Prevê uma continuidade em acolher e integrar os seus membros, que “não sendo meramente uma receção administrativa” (Sá, 2014, p. 540), não pode ser resumido a um momento inicial. Neste sentido, considera-se o acolhimento à família

da PSC na UCI, um processo em permanência visto como muito mais “que apenas um ato inicial de admissão” (Ferreira & Valério, 2003, p. 10). Trata-se do início de um processo contínuo, do cuidado centrado na família, que é vista como alvo de cuidados e em parceria no cuidado ao doente, onde “cada um dos envolvidos é assim recurso e sujeito de intervenção” (Mendes, 2015, p. 58). De modo a contribuir para um agir que releve a humanização dos cuidados, explícita no Artigo 110.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015, p. 8080), impera um olhar atento “à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” onde é responsabilidade do enfermeiro a promoção de um ambiente humanizador que permita “atender com cortesia, acolher com simpatia, compreender e respeitar, promover o estabelecimento de uma relação de ajuda” (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 141).

A família em resposta a esta estratégia terapêutica refere um sentimento de proteção e preparação por parte dos enfermeiros para consigo, uma vez que se sentiam “...acolhido(s), (...) protegidos e confortados” (Mendes, 2015, p. 205). Neste sentido, interessa investir no acolhimento à família da PSC na UCI na possibilidade de minimizar o impacto vivenciado. No limite, que permita “encontrar respostas, um sorriso, algum sossego face à inconstância que experienciavam” (Mendes, 2015, p. 215).

1.3. O Cuidado Centrado na Família da Pessoa em Situação Crítica na UCI

Justificada a relevância do acolhimento à família da PSC na UCI, enquanto intervenção de enfermagem, importa compreender quais as estratégias que visam a sua integração nos cuidados de saúde pela intencionalidade da promoção de um cuidado centrado na família em contexto de cuidados intensivos. Neste sentido, emergiu a necessidade da realização de uma RIL, que teve como finalidade conhecer as intervenções de enfermagem no cuidado centrado à família da PSC na UCI. Através da pesquisa efetuada, percebeu-se que a definição do conceito *Cuidado Centrado na Família*, quando aplicado à enfermagem, refere-se a uma filosofia do cuidar, direcionada à família do doente, que não se reduz a um conjunto de intervenções de enfermagem (Henneman & Cardin, 2002; Mitchell, Chaboyer, Burmeister, & Foster, 2009; Mitchell & Chaboyer, 2010). Neste sentido, uma

intervenção isolada que valorize a família, não é condição de garantia de um ambiente focado na família. Para que se considere a sua existência, é essencial uma abordagem filosófica do cuidado, que reconheça as necessidades da família, intencionalmente considerada “como uma extensão natural do doente” que deve ser também foco de cuidados (Mitchell & Chaboyer, 2010, p. 155). A família surge num novo papel, que segundo Kean & Mitchell (2014) passa a ter duas funções distintas, como recurso no cuidado ao doente, mas também como alvo de cuidados.

O reconhecimento da importância do envolvimento da família nos cuidados considera-se recente, comparativamente à abordagem do cuidado centrado na pessoa, cuja relevância se tornou inquestionável e é posto em prática desde a década de 1970 (Mitchell et al., 2009). Este alargamento do alvo de cuidados, descentraliza o olhar que anteriormente era apenas dirigido ao doente, o que de acordo com Clay & Parsh (2016) não invalida que lhe seja atribuída menor importância ou ponderação. Henneman & Cardin (2002, p. 13) referem-se ao cuidado centrado na família como “um ampliar do círculo de atenção dos enfermeiros” integrando a família no foco do cuidar.

De acordo com Mitchell et al. (2009) o cuidado centrado na família elenca uma abordagem já amplamente utilizada na área da pediatria e cuidados paliativos, não sendo unânime a sua extensibilidade no âmbito do cuidado a doentes adultos. Não obstante, é defendida a sua aplicabilidade por parte da enfermagem sem distinção de idades e em qualquer ambiente de cuidados (Clay & Parsh, 2016; Mitchell et al., 2009). Contudo, a prestação de cuidados centrados na família não deve ser reduzida a um único profissional, médico ou enfermeiro, mas sim a uma equipa multidisciplinar que compreende a mesma visão filosófica (Ciuffo, Hader, & Holly, 2011; Henneman & Cardin, 2002). No estudo efetuado por Westley, Ching, Sherman, & Smith (2014), o cuidado centrado na família tem como pressuposto a adoção de um objetivo comum por parte de toda a equipa a nível organizacional, sem excluir pessoal administrativo e auxiliar. Sem esta visão macro de inclusão da família no contexto do cuidar, as estratégias adotadas apenas por um único grupo profissional não assumem relevo. Henneman & Cardin (2002, p. 18) salientam este aspeto quando referem que “o maior erro que uma unidade pode cometer é considerar o cuidado centrado na família como exclusivamente dentro do domínio da enfermagem”. Esta adoção de padrões e políticas que apoiam esta filosofia do cuidar acarretam tempo na sua implementação.

Uma área comum desta temática refere-se à dificuldade da sua aplicabilidade na prática, sobretudo em contexto de cuidados críticos em idade adulta. No estudo efetuado por Zaforteza, García-mozo, Amorós, Pérez, & Maqueda (2014, p. 79) é referido que a falta de atenção atribuída à família da PSC “está mais relacionada com o contexto da própria UCI, do que com a falta de evidência científica” que garante a sua relevância. Parece consensual a ideia da importância do papel que a família desempenha no processo de doença do seu ente, no entanto na prática continuam a assistir-se restrições que deixam a família para segundo plano, cujos membros apenas são reconhecidos como meros visitantes e não como legítimos recetores de cuidados (Damboise & Cardin, 2003; Mitchell & Chaboyer, 2010). Carneiro (2004) e Costa (2004) remetem para a visão esquemática do triângulo terapêutico, constituído pelas interações e inter-relações existentes entre enfermeiro-doente-família no cuidar em enfermagem. Frequentemente face à complexidade do contexto em UCI, os enfermeiros centram-se no desenvolvimento de competências em áreas inovadoras de tecnologia que possibilitem uma resposta efetiva às necessidades da pessoa doente. Contudo, importa garantir num cuidado tecnológico a família na qual se insere a PSC, constituindo-se parte integrante da equipa de cuidados (Mendes, 2015).

A dificuldade de implementação de uma abordagem centrada na família na UCI pode também estar atribuída à complexidade do contexto em cuidados intensivos pela sua especificidade (Damboise & Cardin, 2003; Kean & Mitchell, 2014; Mitchell et al., 2009; Mitchell & Chaboyer, 2010), onde “o cuidado centrado na família é a exceção e não a norma” (Mitchell et al., 2009, p. 545). Neste sentido, embora seja abundante a evidência científica disponível, que salvaguarda na teoria os benefícios do cuidado centrado na família, é amplamente consensual nos estudos obtidos, a pouca evidência sobre a forma de operacionalizar este modelo de atenção em contexto da prática (Ciufu et al., 2011; Damboise & Cardin, 2003; Davidson, Daly, Agan, Brady, & Higgins, 2010; Mitchell et al., 2009; Mitchell & Chaboyer, 2010).

No que respeita ao estabelecimento de uma relação terapêutica, Martin, Sousa, & Batista (2014) e Wright & Leahey (2012) reforçam que a principal dificuldade sentida e apontada pelos enfermeiros baseia-se na falta de tempo. A solução apontada por Wright & Leahey (2012) no Modelo Calgary, para esta ressonante razão, passa pela desintegração de algumas crenças restritivas por parte dos enfermeiros. Visa a mudança do paradigma para a assimilação de uma única

premissa, a de que “a doença é um assunto de família” (Wright & Bell, 2009, p. IX), presumindo a humanização do cuidado ao doente e família onde se insere. Este Modelo prevê e explana a possibilidade de realização de uma entrevista à família em apenas 15 minutos. Também Maestri, Nascimento, Bertoncello, & Martins (2012) apontam estratégias para o acolhimento à família do doente na UCI que não requerem muito tempo do enfermeiro na sua implementação, desde que tenham por base três concepções: acompanhamento familiar no momento de admissão; contacto telefónico com os familiares e transmissão de informação no horário de visitas. Cannon (2011) sugere a criação de reuniões familiares ou de um enfermeiro responsável apenas para a família. A criação de folhetos informativos com descrições úteis revelou-se uma estratégia consensual e facilitadora, tanto para o enfermeiro como para os familiares, que utilizam este suporte na procura de informação útil num ambiente que lhes é desconhecido (Damboise & Cardin, 2003; Davidson et al., 2010; Henneman & Cardin, 2002; Lima, Monteiro, Nogueira, & Martins-Melo, 2015).

As intervenções de enfermagem que tenham por base um cuidado centrado na família devem ter como finalidade a resposta às suas necessidades individuais (Cannon, 2011; Davidson, 2009; Henneman & Cardin, 2002; Mitchell et al., 2009). Anteriormente à intervenção, Cannon (2011) salienta a importância de um conhecimento prévio das reais necessidades da família por parte do enfermeiro, com o intuito de ir ao seu encontro. Os autores exemplificam que permitir a presença da família junto do doente 24 horas, não significa atender às suas necessidades, nem se coaduna com um cuidado centrado na família. Para que tal aconteça, Lima, Monteiro, Nogueira, & Martins-Melo (2015) consideram essencial conhecer as necessidades da família, mostrar disponibilidade e construir uma relação terapêutica que constitua o cerne de um plano holístico do cuidar.

O envolvimento da família do doente nos cuidados revelou ser um fator facilitador para ambos, dado que acarreta um benefício bidirecional, tanto para a família como para o doente (Mitchell & Chaboyer, 2010). Consequentemente, a família sente-se mais útil na recuperação do doente e este sente-se mais apoiado e amparado com a sua presença. Surge o conceito de cuidado em parceria com a família, uma intervenção de enfermagem que enfatiza o papel da família como um recurso importante para os enfermeiros, que não só fornecem apoio vital aos doentes, mas também “tornam-se a sua voz” (Mitchell et al., 2009, p. 544). Ciuffo et

al. (2011, p. 364) refere que a parceria existente entre doente, família e enfermeiro é considerada a estrutura fundamental do cuidado centrado na família. Um cuidado em parceria que assenta num objetivo comum, o cuidado ao doente, tendo por base o respeito mútuo e o sentido de contribuição. O enfoque na comunicação torna-se essencial para o sucesso desta parceria.

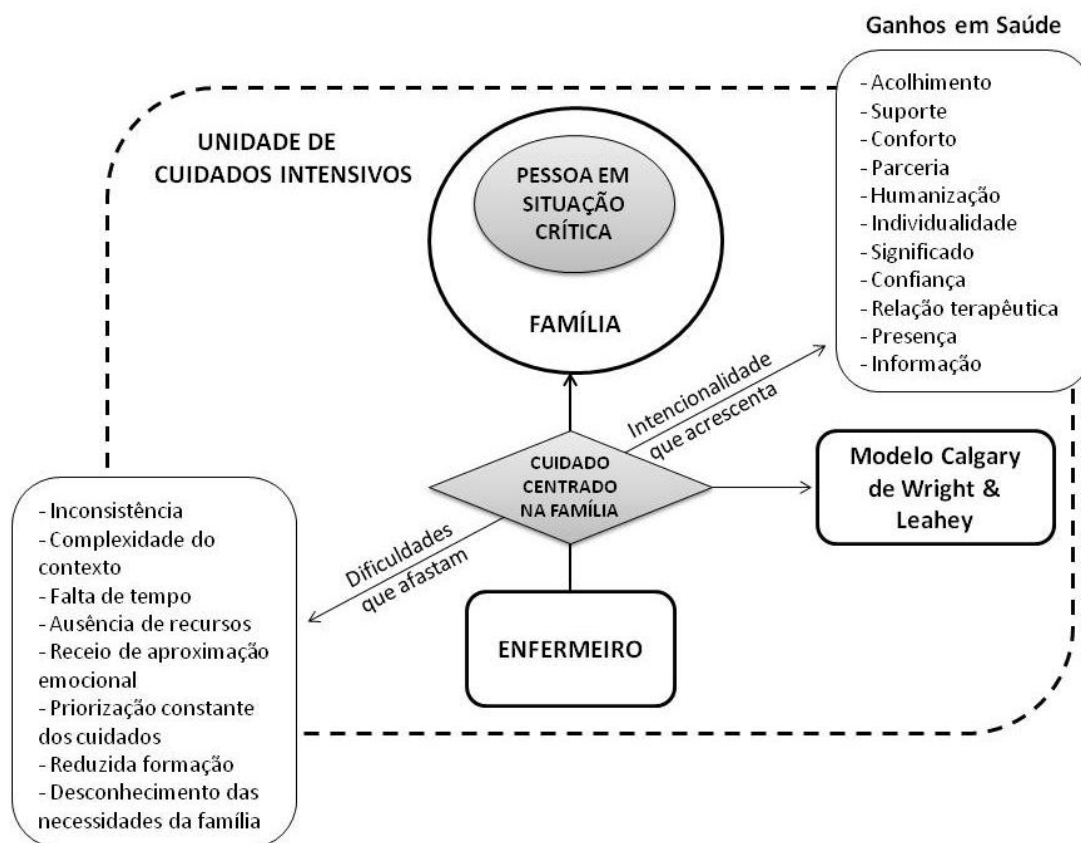
A visita aberta e flexível é uma matéria largamente discutida e vista como essencial num ambiente de cuidados centrado na família. Contudo, a sua implementação não é consensual na equipa de enfermagem havendo duas visões distintas. Restrições à visita de familiares muitas vezes são associadas à falta de tempo por parte dos enfermeiros e à noção de um “fluxo constante de pessoas que inibe e atrasa a prestação de cuidados ao doente” (Kean & Mitchell, 2014, p. 666). Por vezes os membros da família durante a visita, são convidados a sair pela crença de que a sua presença é motivadora de fatores relacionados com *stress*, ansiedade e agitação no doente (Damboise & Cardin, 2003). Por outro lado, segundo Kean & Mitchell (2014) a permissão de um horário flexível de visita, é visto como facilitador e tranquilizador para as famílias que têm de cumprir horários de trabalho ou obrigações familiares. Percebe-se que não é a duração da visita que é importante, mas sim a sua flexibilidade e adequação à família e ao doente (Ciufu et al., 2011, p. 372). Uma visita aberta não significa nem é sinónimo de “falta de privacidade e controlo do doente da sua própria vontade” (Damboise & Cardin, 2003, p. 56AA). O importante a salientar é que mesmo num ambiente centrado na família, as necessidades do doente assumem um lugar prioritário, onde o cuidado centrado na família é consistente com o cuidado centrado na pessoa doente. Contudo, Henneman & Cardin (2002) recomendam consistência na abordagem à família e ao doente, no sentido da adoção de padrões aplicados da mesma maneira por todos. Caso contrário, a inconsistência de diferentes formas de atuação, onde alguns enfermeiros permitem a flexibilidade da visita à família e outros não, dará lugar a classificações de “bons” e “maus” enfermeiros, que prejudicam o ambiente na UCI (Damboise & Cardin, 2003, p. 56CC; Henneman & Cardin, 2002, p. 18).

O acolhimento à família enquanto estratégia terapêutica tornou-se facilitador na minimização do impacto do ambiente em cuidados intensivos, relatado pelos próprios familiares como uma medida benéfica de suporte (Cannon, 2011; Lima et al., 2015). Apesar de constituir uma intervenção promotora do cuidado centrado na família cuja relevância é indiscutível, num ambiente de cuidados críticos os

enfermeiros experienciam obstáculos na operacionalização desta filosofia do cuidar que se prendem com a “falta de tempo; ausência de recursos físicos; receio de aproximação emocional ao sofrimento da família; priorização constante dos cuidados ao doente; reduzida formação na área; conflitos intrapessoais e desconhecimento das necessidades da família da PSC” (Sá et al., 2015, p. 44). Percebe-se que esta adoção e implementação de medidas acarretam tempo, sobretudo na interiorização de uma nova crença na experiência do cuidar. Contudo, importa a promoção de estratégias para que em equipa multidisciplinar o foco e *outcome* dos cuidados seja sempre a família e a pessoa doente.

De seguida será apresentado o mapeamento dos conceitos que emergem da temática proposta abordados anteriormente [Figura 1], de forma a sintetizar o conhecimento obtido da evidência científica, resultante da pesquisa bibliográfica inicial e da elaboração de uma RIL.

Figura 1. Mapeamento de conceitos



2. ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A conclusão do projeto de estágio centrado na temática “Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados Intensivos: Intervenção especializada de Enfermagem” envolveu um percurso formativo desenvolvido em diferentes contextos clínicos, para a aquisição e desenvolvimento de competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos, no plano de estudos do CMEPSC e nos regulamentos das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC, documentadas pela Ordem dos Enfermeiros. Por forma a dar resposta aos objetivos planeados, no que respeita à aquisição e desenvolvimento de competências, importa após a concretização do projeto de estágio fazer uma análise profunda do percurso formativo desenvolvido.

De acordo com o Modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem por Benner (2001), “com o domínio da atividade vem a transformação da competência” (Benner, 2001, p. 59), resultante da experiência profissional e domínio do conhecimento, onde o contexto, a intenção e as interpretações são intrínsecos à prática competente. Para uma mudança que conduza à aquisição e desenvolvimento de competências implica, segundo o mesmo modelo, a passagem “por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito” (Benner, 2001, p. 43). Numa análise introspetiva, considerando que me situo no nível competente no contexto onde exerço funções, pela “planificação consciente e deliberada que caracteriza este nível de competência” (Benner, 2001, p. 54), pretendo através do percurso académico proposto atingir gradualmente o nível perito na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e acolhimento à família na qual se insere, em contexto de UCI. Segundo Benner através do Modelo de Dreyfus, a aceção do nível de perito refere-se ao enfermeiro que “age a partir de uma compreensão profunda da situação global” (Benner, 2001, p. 58), caracterizado pela sua enorme experiência que conduz à compreensão intuitiva de cada situação e apreensão direta dos problemas.

Considerando que a competência se refere a um “saber agir em situação” (Le Boterf, 2003, p. 48) totalmente influenciado pelo contexto particular, entende-se que a aquisição de competências depende, particularmente, das situações clínicas e do

contexto, dado que a experiência, a motivação e a disposição de recursos humanos e materiais, podem influenciar o processo de aprendizagem e desenvolvimento do estudante. De acordo com Benner (2001, p. 61) “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”. O contexto clínico inerente à prática influencia fortemente a aquisição e desenvolvimento de competências, que se avaliam na ação, onde o enfermeiro implicitamente mobiliza um conjunto de recursos e os aplica em circunstâncias particulares.

O percurso formativo ocorreu sobretudo em dois contextos clínicos distintos, cuidados paliativos e urgência. Inicialmente teve lugar o contexto clínico de cuidados paliativos, com a duração de oito semanas, num total de 203 horas de estágio. A escolha deste contexto em particular, deve-se sobretudo ao facto de pretender adquirir competências na área da assistência à pessoa e sua família, nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, bem como na gestão da comunicação e estabelecimento da relação terapêutica que vão ao encontro de cuidado humanizado. Neste sentido, pretende-se selecionar um contexto que reconheça o envolvimento da família da pessoa doente no âmbito do cuidar, com vista à promoção de um cuidado centrado na família. Numa segunda fase, o contexto clínico de estágio ocorreu num Serviço de Urgência Polivalente de um Hospital Central de Lisboa, com a duração de 7 semanas, perfazendo 238 horas de estágio. Esta opção suportou-se na intencionalidade de ir ao encontro de um contexto de peritos na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e sua família, nas mais diversas situações de urgência, emergência e trauma, com as quais nunca teria tido contacto anteriormente. Foi também atribuído um terceiro momento do tempo final de estágio ao meu contexto de atividade profissional em UCI, com a duração de duas semanas. Esta escolha deve-se ao intuito de integrar e consolidar as competências adquiridas e desenvolvidas, no contributo para o desenvolvimento da formação contínua em enfermagem na temática escolhida, bem como de desenvolver competências especializadas na área da gestão dos cuidados.

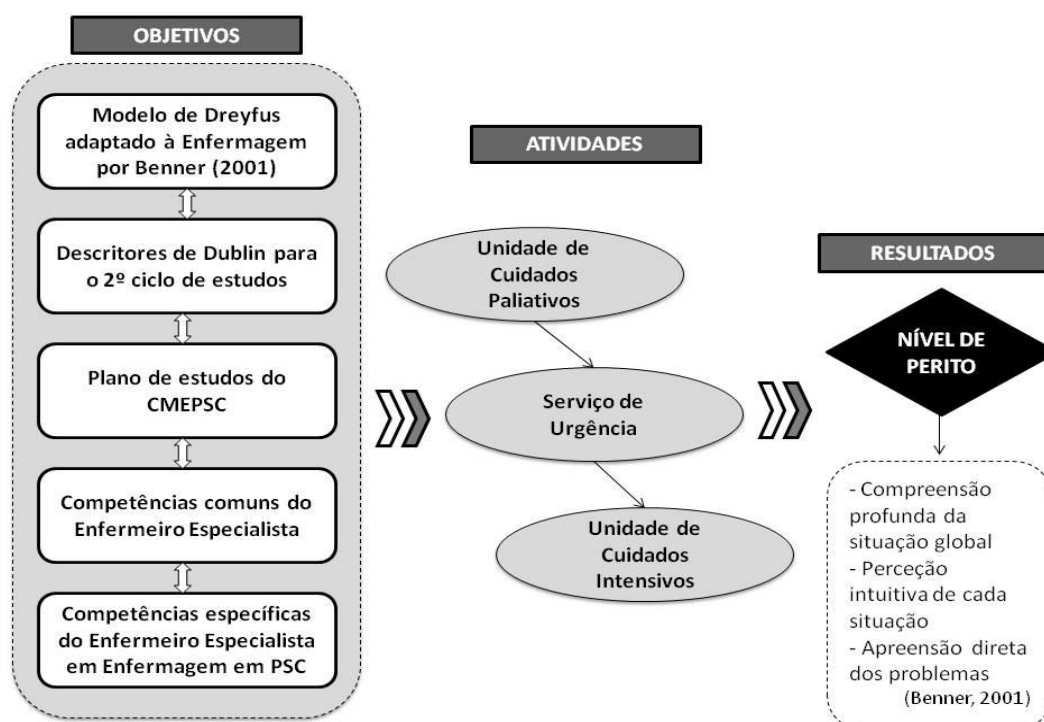
A concretização do projeto de estágio em contexto clínico realizou-se conforme cronograma [Apêndice I] proposto, que explana o percurso efetuado.

De acordo com a finalidade do projeto: Desenvolver competências especializadas de enfermagem no acolhimento à família da PSC na UCI, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC e sua família no SU e UCP;
- Mobilizar estratégias de comunicação na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e sua família;
- Realizar intervenções de enfermagem promotoras do cuidado centrado na PSC e sua família;
- Aperfeiçoar o raciocínio crítico e reflexivo, com mobilização da evidência científica e da experiência clínica na área da PSC;
- Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua em enfermagem no acolhimento à família da PSC.

Nos seguintes subcapítulos apresenta-se uma análise e reflexão fundamentadas do percurso formativo de aquisição e desenvolvimento de competências [Figura 2], no âmbito dos diferentes contextos de estágio, estruturada de acordo com os objetivos específicos definidos no projeto e assente no referencial teórico selecionado, Modelo Calgary de Wright & Leahey (2012). Cada objetivo será analisado individualmente, onde se encontram explanadas as atividades desenvolvidas e processos de trabalho utilizados nos diferentes contextos clínicos, com os respetivos resultados obtidos e competências adquiridas.

Figura 2. Percurso formativo de aquisição e desenvolvimento de competências



2.1. Cuidados especializados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e sua Família na UCP e SU

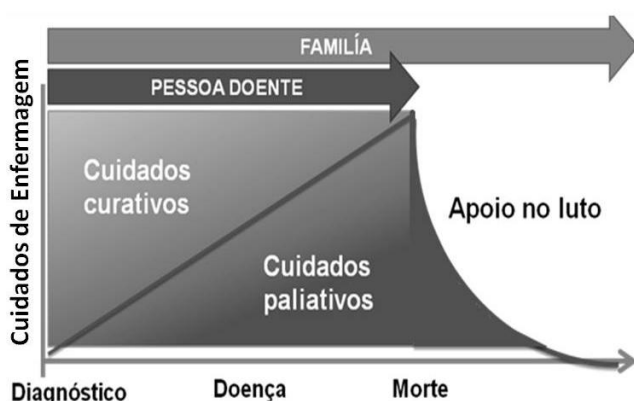
Na intenção de atingir o objetivo – **Prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC e sua família no SU e UCP** – foi necessário realizar um estudo aprofundado relativamente ao cuidado centrado no cliente pessoa doente e família, considerando os diferentes contextos de cuidados, paliativos e urgência. Permitiu-me adquirir conhecimentos no âmbito do cuidado de enfermagem especializado à PSC e sua família, que pudessem subsidiar a prestação de cuidados.

Os **cuidados paliativos** dizem respeito a uma área específica do cuidar que de acordo com a World Health Organization (2018), são definidos como os cuidados ativos e totais que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença grave e com prognóstico reservado. Têm por base a prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, tais como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais. O termo paliativo deriva do étimo do latim *pallium*, que significa manto, capa. Neste sentido, metaforicamente podemos entender os cuidados paliativos como um manto que envolve o doente proporcionando-lhe conforto, no disfarce dos sintomas de uma doença cuja cura já não é possível (Twycross, 2003). Os cuidados paliativos preveem o direito ao tratamento adequado, na perspetiva da sua omissão ou interrupção em situações de doença terminal, onde a incrementação de novas medidas com a finalidade de cura já não proporcionam benefício ao doente. Esta renúncia a meios desproporcionados que implica a abstenção ao tratamento curativo, segundo Faustino & Gomes (2011) é a expressão da aceitação da condição humana face à morte, valorizando o momento final da vida numa abordagem que é sempre centrada no doente e não na doença. Segundo Twycross (2003), a essência dos cuidados paliativos assenta numa aliança terapêutica entre a equipa de cuidados, o doente e a sua família, onde todos os profissionais que constituem a equipa multidisciplinar têm um papel preponderante. O enfermeiro de cuja equipa faz parte, no desempenho das suas funções, assegura um cuidado holístico ao doente e família onde se insere, com vista à melhoria da sua qualidade de vida. Trata-se da consagração de uma morte

digna, com o maior conforto possível e no seu tempo certo, sem pretensões para que seja apressada ou protelada intencionalmente (Oliveira, 2014).

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2017) considera que estes devam surgir numa fase precoce da doença, logo após o seu diagnóstico. Assim, poderão ocorrer em simultâneo com outros tratamentos que tenham por objetivo prolongar a vida, tais como a quimioterapia ou em situações em que a pessoa necessita de ser submetida a tratamento de diálise. No decorrer da progressão da doença, o tratamento curativo tende a diminuir comparativamente com o tratamento paliativo que aumenta, sendo que quando é determinada a ausência de resposta da doença face às medidas curativas instituídas, os cuidados paliativos assumem prevalência e são intensificados sobretudo quando a pessoa se aproxima do fim da vida. Após a morte do doente, os cuidados paliativos permanecem no suporte à família, no que respeita ao acompanhamento e apoio no luto, considerando sempre a família do doente como alvo de cuidados [Figura 3].

Figura 3. Cuidados de enfermagem centrados no cliente pessoa doente e família no processo de doença. Adaptado de Twycross (2003)

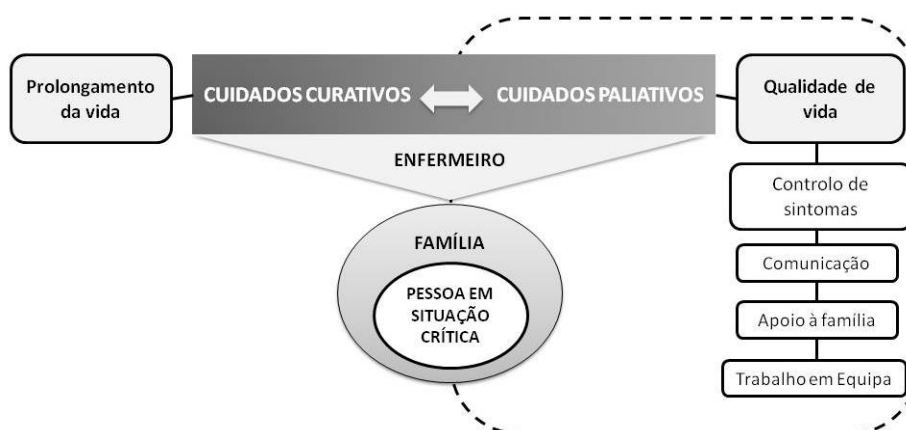


Numa análise da relação existente entre cuidados paliativos e PSC, apesar de à primeira vista se tratarem de conceitos dissociados, estes relacionam-se se tivermos em conta a intencionalidade. Segundo Twycross (2003, p. 18), “diz-se frequentemente que os cuidados paliativos possuem “baixa tecnologia e elevado afeto”, o que à partida afasta esta abordagem da definição de PSC: aquela que “não é mais capaz de manter de forma independente a estabilidade fisiológica (...) é tipicamente dependente da vida em terapia intensiva contínua e da tecnologia de

suporte” (Benner et al., 2011, p. 74). Com recurso à evidência científica e refletindo sobre a prática em contexto formativo e profissional, entende-se que a mesma PSC pode estar internada numa UCI com o objetivo de tratamento curativo sob tecnologia de suporte, mesmo perante um diagnóstico de doença incurável e avançada. Como por outro lado, também poderá estar internada numa UCP, cujo objetivo se prende com a melhoria da qualidade de vida e controlo de sintomas, em aceitação perante a inevitabilidade da morte. Esta perceção do objetivo terapêutico no cuidado ao doente assume particular importância no respeito pela sua autonomia e dignidade. Percebe-se assim, que a mesma pessoa em determinado estadio da doença, poderá pelo objetivo implícito do cuidado, ser tratada de maneiras distintas em locais diferentes. Este aspeto revela que a filosofia do cuidar tem influência considerável e fulcral na abordagem ao doente. Importa, portanto, não perder de vista o objetivo terapêutico e a noção dos benefícios de cada tratamento, para não dar lugar à prescrição de uma morte prolongada (Twycross, 2003).

Entende-se que todos os princípios em que os cuidados paliativos se suportam, no que se refere ao controlo sintomático, comunicação, apoio à família e trabalho em equipa, deveriam integrar todas as filosofias do cuidar, não se resumindo como habitualmente aos cuidados perante a proximidade da morte. A abordagem paliativa deve acompanhar o doente e sua família, em correlação e em simultâneo com outras tipologias do cuidar [Figura 4]. Garante num cuidado tecnológico a humanização dos cuidados, dando “atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 141).

Figura 4. Articulação dos cuidados curativos e cuidados paliativos à PSC e sua família



Ao longo da experiência em contexto de estágio, percebe-se que o limiar entre o cuidado curativo e paliativo é indefinido, inclusivamente pelos membros da equipa multidisciplinar. De acordo com Silva (2016, p. 254), “a dificuldade de compreender o limite entre o curável e o tratável é fruto da nossa angústia frente ao processo de finitude”. Idealmente deveria constituir um processo contínuo de acompanhamento do doente e família sem quebras ou passagens. Esta dificuldade latente em correlacionar em simultâneo ambas as abordagens do cuidar foi alvo de discussão em matérias apresentadas em dois congressos que tive a oportunidade de participar – IX Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva [elaborado relatório em Apêndice II] e III Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros [elaborado relatório em Apêndice IV]. Concomitantemente foi referido em ambos os congressos que na prática a articulação de uma abordagem paliativa e curativa no doente crítico é um desafio. Ambas se complementam e não é imperativo que sejam dissociadas uma da outra. Contudo, a grande resistência à sua implementação prende-se com a complexidade do contexto e mentalidade dos profissionais. Nos estudos apresentados nos referidos congressos foi exposta a dificuldade de integrar os cuidados paliativos num meio complexo que caracteriza a UCI, onde prevalece o cuidado tecnológico com a finalidade de cura. Em contexto clínico e em discussão com peritos da área – Diretora e Enfermeiro Orientador e Coordenador da UCP – deixou-se perceber que o contrário, menos sonante, também se sucede: a inclusão de uma abordagem curativa mais invasiva, não é tão facilmente ponderada em ambiente de cuidados paliativos. Pode concluir-se que em ambas as situações, torna-se difícil alterar a dinâmica de abordagem perante uma filosofia do cuidar já enraizada. Em contexto de estágio na prestação de cuidados, foram várias as situações em que na minha perspetiva e abordagem, primou pelo caminho mais invasivo e menos paliativo. Esta dificuldade em alterar o paradigma não se tornou fácil. Todavia, considero que os momentos de discussão com Orientador Clínico e Pedagógico permitiram uma análise reflexiva e apreciação da situação global, facilitando a gestão dos cuidados e tomada de decisão. Importa assim garantir um trabalho em equipa multidisciplinar, numa apreciação sistemática e consistente de cada situação, onde independentemente da intencionalidade de tratamento, o foco e *outcome* dos cuidados é sempre a PSC na família onde se insere. A participação em congressos científicos e os momentos de discussão com peritos da área clínica possibilitaram a aquisição e desenvolvimento das competências: “selecionar fontes

de informação relevantes para a tomada de decisão”; “mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação” e “abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador” (ESEL, 2010, p. 1).

O contexto clínico onde ocorreu o estágio em cuidados paliativos, teve lugar numa UCP integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que presta cuidados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência temporária ou permanente, independentemente da idade. De acordo com o disposto no Artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho (2006), os cuidados paliativos que integram a RNCCI referem-se aos:

cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, 2006, p. 3857).

O internamento na UCP prevê o acompanhamento dos doentes com necessidades paliativas mais complexas, em situação de descompensação clínica para controlo de sintomas disruptivos ou emergência social, como seja a exaustão grave do cuidador.

Em contexto de estágio em cuidados paliativos, a pesquisa de evidência científica no que respeita ao domínio da melhoria contínua da qualidade, na esfera da segurança nos cuidados, possibilitou a análise acerca da dotação de enfermeiros. Numa UCP para a prestação de cuidados gerais, excluindo a prestação de cuidados especializados, bem como as atividades de coordenação/gestão, está determinado no Regulamento n.º 533/2014 de 2 de Dezembro (2014) que são necessárias em média, 5,93 horas de cuidados de enfermagem ao doente por dia de internamento. Apesar de não ter sido disponibilizado o cálculo de horas efetivas de cuidados de enfermagem praticados na referida UCP, pode facilmente constatar-se que pelo rácio exercido, certamente o ideal recomendado estará muito abaixo daquilo que se pratica na realidade, traduzindo-se num aumento substancial da carga de trabalho dos enfermeiros. Na prática, verificou-se que num turno da tarde estavam alocados dois enfermeiros para um total de 21 doentes, sendo que no turno da noite seria um enfermeiro responsável pelos cuidados de todos os doentes da UCP. Considerando a gestão do risco, na garantia de um ambiente terapêutico e seguro, através da análise realizada pode sustentar-se que esta prática não se traduz num ambiente

que se espera centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de acidentes. Deixou-se perceber que é mandatório assegurar um número mínimo de recursos para garantir um nível de cuidados, não só seguro, mas que também vá ao encontro de uma prestação humanizada, logo individualizada, dos cuidados ao doente e família, no respeito pela sua dignidade. A sua ausência não só dará lugar a situações que se podem tornar pouco seguras para o exercício profissional em enfermagem, mas também para a impraticabilidade da promoção de uma envolvência adequada ao bem-estar da pessoa e sua família. Não obstante, verificou-se que este défice é na prática muitas vezes colmatado pelo suporte dado pela equipa multidisciplinar. O trabalho e a boa intercomunicação entre os profissionais das diferentes áreas revelaram-se essenciais como alicerce aos cuidados paliativos. A análise efetuada permitiu refletir aprofundadamente acerca da gestão do ambiente, no que respeita à promoção da segurança, o que contribuiu para adquirir e desenvolver a competência “garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4747), no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade das competências comuns do Enfermeiro Especialista.

Reportando-me ao acolhimento ao cliente pessoa e família na UCP, pude constatar que por vezes é dificultador para ambos, estarem sujeitos à necessidade de estabelecer uma nova relação para com uma equipa desconhecida numa fase de enorme vulnerabilidade, pela fragilidade física e emocional que vivenciam. Esta mudança de objetivo terapêutico, nem sempre é bem aceite tanto pelo doente como pela família, o que frequentemente poderá conduzir a conspirações do silêncio difíceis de gerir. Segundo Almeida & Almeida (2007, p. 25) a conspiração do silêncio trata-se de um conceito que se refere a um “acordo tácito ou explícito para manter o secretismo acerca de qualquer situação ou acontecimento (...) uma tendência para o encobrimento de uma situação incómoda, é a omissão da verdade, desenvolvendo-se na cultura da mentira e/ou da omissão”. Quando ocorre, é frequente assistirmos à vivência de sentimentos de desinteresse e incompreensão do doente para com a sua situação. A não correspondência às suas expectativas leva a uma procura constante de tentar validar a informação que lhe chega. Esta falta de confiança dá lugar a silêncios desconfortáveis que facilmente potenciam sintomatologia ansiosa e depressiva. Por outro lado, a conspiração do silêncio em situação paliativa é impeditiva da pessoa ter o direito de tentar resolver situações que gostaria de ver

solucionadas antes da sua morte, como também de se despedir dos seus entes queridos. O estudo de caso que realizei em contexto de estágio em cuidados paliativos, permitiu-me incidir sobre esta problemática em particular, de forma a planear de modo estruturado e sustentado as intervenções ao doente e família, tendo em conta as questões éticas e deontológicas. A situação vivenciada em contexto clínico reporta-se ao secretismo explícito por parte da família, com o intuito de proteger a pessoa doente de um sofrimento acrescido. Considerando as questões éticas que daí emergem e indo ao encontro do que está expresso no Artigo 105.º - Do dever de informação do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015), de facto o doente pode desejar não ser informado, desde que essa vontade seja livre e esclarecida. Neste caso, se assim o entender, deverá indicar quem pode receber a informação no seu lugar. Na perceção de Morrison (2001, p. 84) estas situações são exceções, uma vez que “a maior parte das pessoas quer saber o que lhes acontece mesmo que isso signifique más notícias”. A elaboração de um plano de cuidados facilitou o levantamento de diagnósticos de enfermagem face aos problemas identificados no âmbito da dinâmica familiar, que foram definidos segundo a taxonomia NANDA, NIC e NOC. Com recurso à evidência científica e tendo por base o referencial MCIF, foi possível identificar as intervenções de enfermagem que dessem resposta aos diagnósticos, prevendo com o doente, equipa e família os resultados esperados. A realização deste estudo de caso permitiu “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional” (ESEL, 2010, p. 1); assistir “a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de doença” e gerir o “estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica” (Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 8656;8657). Através da reflexão crítica, deixou-se perceber a exigência que uma determinada situação impõe na sua gestão e “tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas” no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4746). Muitas vezes sem esta análise profunda, não é possível intervir naquilo que se torna essencial e prioritário para a pessoa e sua família.

O controlo de sintomas, uma das áreas de alicerce dos cuidados paliativos, que assume particular relevância neste âmbito, pode ser transversal no cuidado ao

doente noutras circunstâncias. Carece de uma intervenção especializada junto da pessoa, onde emerge a necessidade de realizar uma monitorização da sua sintomatologia que permita facilmente incidir sobre as alterações presentes. A utilização de uma escala de autoavaliação de sintomas, a *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS), permite a avaliação de uma combinação de sintomas físicos e psicológicos do doente, numa escala de zero a dez, cujo zero representa ausência de sintoma e dez representa a manifestação mais forte do sintoma (Bruera, Kuehn, Miller, Selmser, & Macmillan, 1991). A avaliação e preenchimento da escala devem ser feitos pelo próprio, o que salvaguarda o seu envolvimento no plano de cuidados. Existe a possibilidade de o registo ser realizado pelo enfermeiro em situação de incapacidade da pessoa em responder, associando-se aqui a subjetividade de avaliação. Na UCP onde ocorreu o estágio, a avaliação dos sintomas através da aplicação da escala ESAS é realizada a cada doente, duas vezes por semana. Capelas & Neto (2010, p. 795) defendem que “o registo de todo o processo de avaliação das necessidades, sintomas e monitorização da evolução, nomeadamente instrumentos de avaliação e registo tipo ESAS” são estratégias que fomentam ações paliativas e que deverão ser protocoladas. Em exercício clínico, percebeu-se que o registo sistemático da intensidade dos sintomas é facilitador na compreensão da sua evolução, por forma a facilitar a tomada de decisão e intervenção de acordo com as suas necessidades.

Relativamente à gestão diferenciada da dor e bem-estar do doente, tornou-se uma das matérias fulcrais que subsidiaram a aquisição de competências na prestação de cuidados de enfermagem à PSC. Considerando a gestão da dor, diretamente associada ao conceito de conforto, remete-nos para a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) que elenca o alívio da dor como a promoção de um estado de tranquilidade e transcendência para a pessoa, no âmbito físico, psicológico, espiritual, sociocultural e ambiental. A utilização da via subcutânea (SC), para administração de terapêutica e hidratação, é frequentemente utilizada em cuidados paliativos, como alternativa à via endovenosa (EV). Pelas suas características menos invasivas e considerando o princípio de menor sofrimento e de maior eficácia possível, esta alternativa revela-se uma escolha viável que deve ser ponderada e decidida em conjunto com o doente e sua família. Também a abordagem não-farmacológica para o tratamento da dor, mostrou-se neste contexto clínico uma intervenção simples que pode fazer a diferença de um modo

significativo, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e ganhos em saúde. Numa situação de cuidados pude constatar que a dor generalizada verbalizada teve o seu alívio em grande parte pela simples escuta e presença junto da pessoa, o que remete para a relevância da satisfação da necessidade de tranquilidade no que se refere à dimensão do conforto (Kolcaba, 2003). Outro dos sintomas mais frequentemente manifestados foi a dispneia, caracterizada por uma sensação angustiante de dificuldade respiratória e morte iminente. Contudo a administração de terapêutica dirigida a sintomatologia do foro respiratório foi escassas vezes utilizada, comparativamente com a analgesia, ansiolíticos e abordagem não-farmacológica, manifestamente eficazes no seu alívio. Azevedo (2010) associa a subjetividade de falta de ar a questões psicossociais, emocionais e espirituais que podem despoletar sintomas que conduzem à dispneia. Neste sentido, percebi a importância de ter uma visão do conjunto e de apreender em cada situação o seu significado, de forma a fazer uma “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas” de cada doente na sua circunstância particular (Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 8656).

Os **Serviços de Urgência** caracterizam-se pelos seus níveis de responsabilidade que definem o processo de monitorização e avaliação, de acordo com a sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade (Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, 2014).

O contexto clínico de urgência onde tive a oportunidade de estagiar corresponde a um Serviço de Urgência Polivalente, o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência que integra Centro de Trauma, local destinado ao tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave (Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, 2014). Por forma a dar resposta a este objetivo, no que se refere à prestação de cuidados especializados de enfermagem à PSC e sua família no SU, foi impreterível delinear desde início uma estratégia juntamente com o Enfermeiro Orientador e Pedagógico. Dada a minha experiência profissional em contexto de UCI, delineei como estratégia primordial desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC, particularmente em áreas específicas de intervenção em que considerava a minha competência mais limitada, tais como a triagem de Manchester e ativação de Vias

Verdes (VV) – Trauma, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Coronária e Sépsis. Neste sentido, ao longo do meu percurso clínico permaneci maioritariamente alocada à sala de reanimação, triagem e setor laranja. Face à complexidade do contexto que caracteriza este SU e perante a exigência das situações de cuidados de instabilidade e imprevisibilidade, foi necessário consolidar e mobilizar conhecimentos, para a otimização da resposta na execução de intervenções de enfermagem e tomada de decisão na prestação de cuidados.

O sistema de triagem de Manchester consiste numa ferramenta clínica para triagem de prioridades no contexto do SU, desenvolvido pelo *Manchester Triage Group*, no Reino Unido (Grupo Português de Triagem, 2015). Trata-se de um método de triagem que fornece ao profissional uma prioridade clínica, baseada na identificação de problemas a partir da queixa que motiva o doente a procurar o SU. Recentemente segundo a Norma n.º 002/2018 da Direcção-Geral da Saúde (2018, p. 1) está previsto que “os serviços de urgência do adulto devem ter implementada a versão mais recente do sistema de triagem de Manchester”, o que preceitua a implementação desta ferramenta, a nível nacional em todos os SU. Em contexto clínico, através da observação e análise da aplicação deste sistema de triagem, foi possível compreender a sua operacionalização na prática, que requer do enfermeiro uma capacidade de interpretação e raciocínio diferenciados. Sendo o momento do primeiro contato com a pessoa doente, exige uma capacidade de comunicação que se torna essencial, no questionamento e interpretação dos dados fornecidos, que têm grande influência na tomada de decisão (Sheehy, 2001). Uma responsabilidade elencada ao grupo profissional de enfermagem, que nem todos os enfermeiros poderão exercer. Para além de ser exigido o curso de triagem de Manchester, por norma apenas os enfermeiros com mais de dois anos de experiência em contexto de urgência, poderão ficar alocados à sala de triagem e exercer essa função. Numa análise crítica, considero esta intervenção a consagração do exercício autónomo em enfermagem, pela exigência atribuída ao enfermeiro de hierarquizar as prioridades de atendimento, determinar o grau de gravidade da doença, bem como do encaminhamento dos doentes pelos diferentes setores do SU. Um exercício que exige perícia, tamanha é a responsabilidade que acarreta, perante uma primeira avaliação sistematizada de todos os doentes que chegam ao SU.

No que respeita ao atendimento da pessoa doente por encaminhamento através das diferentes VV, foram inúmeras as situações vivenciadas com potencial formativo

que subsidiaram a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à PSC, em contexto clínico de urgência. De acordo com o Despacho n.º 10319/2014 (2014) as VV referem-se à implementação de um Sistema de Resposta Rápida instituído para identificação e tratamento de patologias tempo-dependentes – AVC, Trauma, Coronária e Sépsis – que designam respetivamente as quatro VV existentes. Consequentemente, “o processo de encaminhamento através de VV deve ser iniciado no local do evento ou da apresentação dos sintomas, devendo os sistemas hospitalar e pré-hospitalar garantir a continuidade e a integração de cuidados” (Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, 2014, p. 20675).

A participação no Congresso Científico Status 5 [elaborado relatório em Apêndice III] permitiu aprofundar conhecimentos acerca desta temática, tendo sido feita referência de forma unânime, nos diferentes trabalhos apresentados, da importância de uma abordagem ao doente crítico num *continuum* pré-hospitalar e intra-hospitalar. Um processo em permanência que prevê a continuidade dos cuidados prestados, verificando-se a melhoria dos resultados obtidos em diversas áreas de intervenção. Neste âmbito, saliento uma situação de um doente a quem foi ativada a VV Coronária, por instalação súbita de dor precordial, associada a dificuldade respiratória no domicílio. Trazido pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), deu entrada na sala de emergência com o critério de diagnóstico de síndrome coronário agudo. Imediatamente foram solicitados eletrocardiograma e análises sanguíneas com marcadores cardíacos, essenciais para o diagnóstico definitivo, perante a possibilidade de uma abordagem por cardiologia de intervenção para o tratamento de reperfusão mais adequado. A Direção-Geral da Saúde (2015, p. 70) destaca a importância de um diagnóstico precoce, fundamental para a “redução do tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento e consequentemente diminuição da mortalidade e morbilidade”. A gestão eficaz do tempo assume particular importância nestas situações, constituindo um desafio que se reveste de uma enorme capacidade dos enfermeiros em gerir os recursos existentes, materiais e humanos na dinamização das respostas segundo os protocolos clínicos instituídos. Neste sentido, considero ter desenvolvido a competência “gere a administração de protocolos terapêuticos complexos” (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro, p. 8656).

A abordagem ao doente vítima de trauma, com consequente ativação VV Trauma, permitiu mobilizar em exercício clínico os conhecimentos adquiridos no

curso Suporte Avançado de Vida em Trauma, que fez parte integrante do CMEPSC. Foi possível transpor para a prática aquilo que se aprendeu, nomeadamente a realização da avaliação primária através da metodologia de intervenção na sequência “ABCDE”, que permite assistir a pessoa de acordo com as prioridades identificadas (American College of Surgeons & Committee on Trauma, 2012).

No domínio da intervenção na prevenção e controlo de infeção na PSC, o contexto em SU, assume particular importância por constituir o primeiro contato da pessoa doente com o ambiente hospitalar. Um meio suscetível que se reveste de condições favoráveis à aquisição e transmissão de infeções adquiridas, associadas à prestação de cuidados de saúde. As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) definem-se como um conceito alargado de infeção adquirida, durante o processo de cuidar no hospital, ou em outro ambiente de cuidados, que não se encontrava presente ou em incubação, até ao momento de admissão (World Health Organization, 2011). De acordo com a mesma publicação da World Health Organization (2011), as IACS constituem a nível mundial o evento adverso mais frequente, no âmbito dos cuidados de saúde, cujo impacto no aumento da mortalidade e gastos em saúde é consideravelmente elevado. Perante a imprevisibilidade que caracteriza o contexto de urgência, um serviço de grandes dimensões com elevada afluência de doentes, cujas situações complexas exigem cuidados diferenciados pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, é de extrema importância a implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção. O papel do enfermeiro através da promoção de práticas seguras, nomeadamente na deteção precoce de sinais de infeção na admissão no SU, utilização e implementação de medidas básicas de controlo de infeção, tais como o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), torna-se fulcral pela sua capacidade de prever e agir antecipadamente em situações de risco, com influência direta na segurança dos doentes e profissionais de saúde.

Em contexto de exercício clínico, através da análise das normas e regulamentos da Comissão de Controlo de infeção (CCI) e em contato com um perito na área, o seu elo de ligação, foi possível identificar as necessidades existentes neste domínio e aprofundar o meu conhecimento, no que respeita às intervenções na maximização da prevenção e controlo de infeção de acordo com as normas instituídas. Deixou-se perceber que as características do ambiente de trabalho, sobretudo em época de contingência em que ocorreu o tempo de estágio, podem dificultar a qualidade dos

cuidados prestados, no que respeita à segurança nesta matéria em específico. O espaço físico insuficiente e a dimensão do número de utentes admitidos, são fatores que exigem dos enfermeiros um esforço acrescido, que se reflete numa maior dificuldade em adotar as medidas de proteção adequadas. O Enfermeiro elo de ligação à CCI tem um papel preponderante na motivação dos restantes elementos e implementação de estratégias, que conduzam à mudança de comportamentos de risco e redução de eventos adversos. Num exercício de supervisão clínica, cabe a este elemento, a divulgação da mais recente evidência científica no âmbito da prevenção e controlo da infeção e o suporte que garanta o cumprimento das circulares normativas emitidas pela instituição. Pelas atividades desenvolvidas neste domínio, considero ter adquirido e desenvolvido a competência: “maximizar a intervenção na prevenção, controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (ESEL, 2010, p. 1), igualmente preconizada no regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC (Regulamento n.º124/2011 de 18 de fevereiro, 2011).

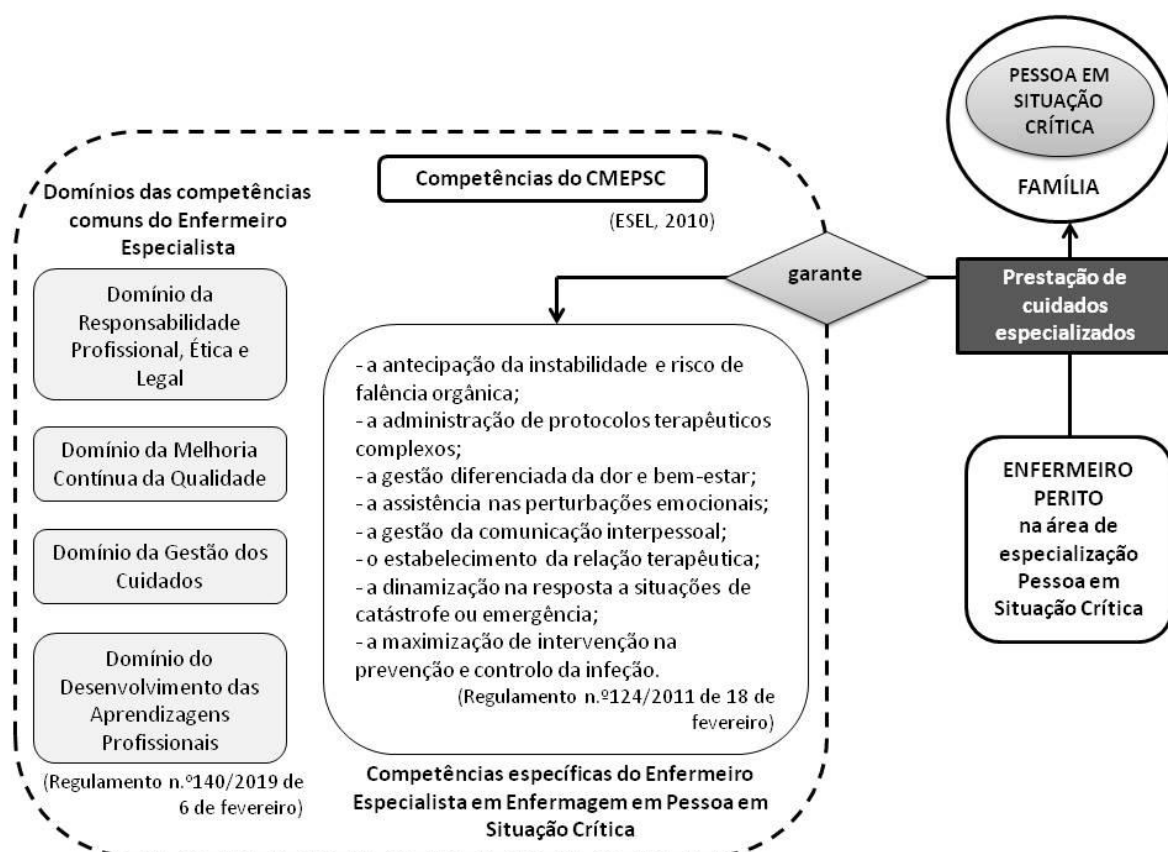
Para a aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da gestão dos cuidados foi importante ter a oportunidade de acompanhar em ambos os contextos, cuidados paliativos e urgência, os Enfermeiros Chefes de Equipa (Enfermeiros Orientadores) e atribuir um terceiro momento ao contexto de exercício profissional, para acompanhamento do Enfermeiro Chefe de serviço em UCI. Esta estratégia de aprendizagem permitiu adquirir conhecimentos ao nível da gestão de recursos humanos e materiais, e sobretudo do *background* exigido à prestação direta de cuidados no que respeita à garantia da qualidade. Quanto à capacidade de gestão em situações de emergência, importa reportar-me a uma situação vivenciada em contexto de estágio em SU. Por consequência de uma descarga elétrica, a determinada altura toda a ala correspondente ao setor de triagem, verde/azul e amarelo, ficou sem eletricidade. Rapidamente este problema foi revisto, contudo os computadores existentes nesses setores ficaram inoperáveis. Foi exigida ao Enfermeiro Chefe de Equipa (Enfermeiro Orientador) uma resposta rápida e ativa, perante a enorme afluência de doentes e o tempo de espera prolongado. A solução apresentada passou por reposicionar os enfermeiros da triagem em locais onde existissem computadores disponíveis, tais como salas de reanimação e setor laranja. Considerou-se a possibilidade de passar a elaborar os registos em formato de papel, perante a inexistência de sistema informático viável nos setores verde/azul

e amarelo. Esta medida acarretou uma redistribuição dos métodos de organização do trabalho, utilizando os recursos existentes de forma eficiente. Benner (2001, p. 140) no que se refere ao papel do enfermeiro perito no domínio da gestão dos cuidados em situações imprevisíveis, revela que este detém uma “capacidade de separar os problemas, estabelecer rapidamente as prioridades e delegar no pessoal disponível”, ajustando a sua estratégia em consequência “como chefes de orquestra em situações complexas” (Benner, 2001, p. 140). Na situação vivenciada, face à imprevisibilidade e sob pressão, foi solicitado o planeamento de uma resposta eficaz, sistematizando as ações a desenvolver em situação de emergência, através da adaptabilidade organizacional dos papéis dos membros da equipa. Esta atuação revestiu-se de uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, que determinou um suporte efetivo ao exercício profissional, numa situação de grande complexidade. Pela colaboração e vivência do descrito considero ter desenvolvido e adquirido as competências: “dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência da conceção à ação” (ESEL, 2010, p. 1; Regulamento n.º124/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8657); “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”; “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4748); “gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional” [integrada na competência “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”, no Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, das competências comuns do Enfermeiro Especialista] (Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4749).

A prestação de cuidados especializados de enfermagem à PSC e sua família [Figura 5] revelou-se um desafio constante, perante a exigência da mobilização e aplicação de conhecimentos nos vários domínios científico, técnico e prático e clínico, que segundo Nunes (2010) são os atributos das diferentes esferas que determinam o perfil do enfermeiro perito. A vivência em clínica e as atividades realizadas, em contexto de cuidados paliativos e urgência, contribuíram transversalmente para a aquisição e desenvolvimento da competência “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” [integrada na competência “cuida da pessoa a vivenciar

processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (ESEL, 2010, p. 1; Regulamento n.º124/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8656)].

Figura 5. Enfermeiro perito na prestação de cuidados especializados à PSC e sua família



2.2. Estratégias de comunicação na prestação de cuidados de Enfermagem à PSC e sua Família

Por forma a dar resposta ao objetivo – **Mobilizar estratégias de comunicação na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e sua família** – tive como estratégia primordial, adquirir e desenvolver competências nesta esfera de abordagem, sobretudo no contexto clínico de cuidados paliativos. A intenção passou por adquirir subsídios na gestão da comunicação interpessoal, que permitissem mobilizar a aprendizagem obtida para outras situações de alta complexidade em que se encontra a PSC e sua família.

A comunicação diz respeito a “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas” (Phaneuf, 2005, p. 23). Constituí uma estratégia terapêutica basilar, que é transversal a todas as áreas de enfermagem na prestação de cuidados, não se restringindo somente a situações de proximidade da morte. Como intervenção de enfermagem faz parte integrante de todas as filosofias do cuidar, o alicerce de uma relação terapêutica que dará início ao acolhimento, numa perspetiva de um cuidado centrado no cliente pessoa doente e família. Percebe-se que a comunicação pelo fato de constituir um suporte fulcral num momento tão nobre que é o fim de vida, assenta por si só numa das estratégias terapêuticas, mais determinantes e desafiantes que o enfermeiro pode ter.

No âmbito do exercício clínico em cuidados paliativos a comunicação tornou-se um desafio. A conferência familiar como estratégia terapêutica, amplamente utilizada neste contexto, revelou-se um subsídio essencial para a melhoria de competências comunicacionais que se pretende na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e sua família. A conferência familiar define-se como “um instrumento de intervenção estruturado na família, para ser aplicado na tentativa de resolução de situações mais complexas” (Neto, 2008, p. 29). Mostrou ser uma estratégia de excelência, como prática regular na intervenção multidisciplinar ao doente e família, em situações de alta complexidade que carecem de uma tomada de decisão refletida. A minha participação ativa originou sentimentos, por vezes difíceis de gerir, que necessitaram de uma reflexão profunda da situação global, no que concerne à gestão de momentos delicados de complexidade acrescida. Revelaram-se não só um desafio,

mas fruto de um crescimento constante a nível profissional e pessoal. A elaboração de um jornal de aprendizagem acerca desta área de intervenção, permitiu a reflexão crítica sobre a experiência vivenciada, deixando perceber as limitações e dificuldades latentes, bem como quais os contributos a mobilizar para as superar. Segundo Neto (2003, p. 73), “não basta estar motivado para prestar este apoio”, é fundamental que exista uma boa preparação que engloba não só treino adequado e conhecimentos no âmbito da teoria sistémica e do funcionamento das famílias, como também um desenvolvimento pessoal que pressupõe a tomada de consciência de como o percurso pessoal pode condicionar a participação dos profissionais envolvidos. De acordo com a mesma autora, “trabalhar com as famílias envolve frequentemente expor a nossa vulnerabilidade, embora desejavelmente respeitando sempre a distância terapêutica” (Neto, 2003, p. 73). Deve ser-se “compassivo mas imune ao sofrimento” (Osswald, 2013, p. 37) encontrando um justo equilíbrio entre um distanciamento e um envolvimento afetivo com os processos de morrer. Em clínica, após a vivência de situações de particular vulnerabilidade para todos, na interação entre enfermeiros, percebe-se que apesar de conversas aparentemente informais, existe uma intencionalidade na procura de apoio e bem-estar face a algo difícil de gerir emocionalmente. Esta interação e partilha para com os outros assumem particular importância por facilitarem a vivência de situações que exigem muito de cada um.

A preparação antecipada da conferência familiar por parte dos profissionais da equipa multidisciplinar é essencial para que seja atingido o objetivo que se pretende. Constituindo-se uma estratégia de intervenção terapêutica, a conferência familiar não se coaduna com uma conversa informal entre família, doente e profissionais de saúde. Sendo a comunicação a base da interação humana, neste contexto surge não como uma estratégia acessória, mas intencional (Wright & Leahey, 2012). Esta intencionalidade afasta a comunicação de uma mera ferramenta útil, aplicada sem propósito, permite atingir um objetivo que é terapêutico, com benefícios para ambas as partes. Distingue-se das conversas sociais sem intenção. O enfermeiro coloca questões, gere o silêncio e a sua comunicação não-verbal com um objetivo latente. Em conversa importa permitir a incursão de outros temas que até podem ser distantes do assunto a abordar, mas que sejam do interesse do entrevistado (Mendes, 2015). De acordo com Wright & Leahey (2012), o conteúdo verbalizado pode parecer banal e rotineiro, mas quando aplicado pode ter apenas o objetivo de

chegar ao outro e de “quebrar o gelo”. No entanto “só se chega ao que é permitido e ao que é possível chegar” (Mendes, 2015, p. 89).

A importância atribuída à comunicação na relação entre enfermeiro e família é transversal, tanto na perspectiva do enfermeiro, bem como dos membros da família do doente (Clay & Parsh, 2016; Coombs, Parker, Ranse, Endacott, & Bloomer, 2017; Davidson et al., 2010; Lima et al., 2015). A comunicação eficaz, considerada como o suporte da relação terapêutica (Westley et al., 2014), é a estratégia que dá resposta à necessidade de informação tão presente nos familiares. Coombs et al. (2017) referem que esta informação deve ser cuidadosamente selecionada, clara e sensível, e deve surgir na altura mais adequada. Em situações de transmissão de más notícias ou de elevada carga emocional, a ausência de comunicação dá lugar ao silêncio, suportado apenas pela presença do enfermeiro que assume igual importância para a família. Neste silêncio, momento em que se comunica pela presença, a vulnerabilidade e a compaixão conquistam o seu espaço (Mendes, 2015). Segundo Phaneuf (2005, p. 397) a “presença calorosa e tranquilizadora da enfermeira” torna-se fulcral no que respeita ao estabelecimento de uma relação terapêutica perante o impacto vivenciado pelo doente e família.

O fator tempo assume particular importância na comunicação com a família. Segundo Twycross (2003) e Wright & Leahey (2012) é essencial que o enfermeiro consiga o tempo indispensável para conversar sem interrupções. Para tal, importa que seja assumida uma atitude tranquila que vá ao encontro do tempo que a pessoa necessita para estabelecer a sua própria sequência de ideias na conversa. A colocação de questões fechadas pode aumentar a ansiedade e inquietação do doente e família, o que justifica a importância de utilizar um guião num registo semiestruturado, que permita conduzir a entrevista, mas simultaneamente ao cliente expressar-se abertamente. Nestas situações, o enfermeiro ao adotar uma postura de sentado para comunicar com a família e doente, revela a sua intenção de estar presente e atento. A experiência vivida em contexto clínico deixou perceber que em conferência familiar, o agendamento de um momento direcionado à família do doente, a disposição dos intervenientes sentados em roda em sala própria, que não permitia distrações ou interrupções de outros, foram fatores importantes e facilitadores para o estabelecimento de uma comunicação eficaz e consequente relação terapêutica. Contudo, percebeu-se que não só importa o tempo de duração do momento, mas também a atenção despendida. Wright & Leahey (2012) no

Modelo Calgary de abordagem à família corroboram com esta ideia quando referem a possibilidade de intervir junto da família num curto espaço de tempo, desde que sejam integrados elementos chave. As conferências familiares a que se assistiu foram exemplo disso, dado que o tempo estipulado não poderia passar da meia hora prevista. Tal como é recomendado por Wright & Leahey (2012) no Modelo Calgary, as conferências familiares integravam a comunicação e questões terapêuticas, onde emerge uma intencionalidade; as boas maneiras, no que se refere à necessidade de nos apresentarmos e sermos cordiais para com o outro; a realização de um genograma e ecomapa da família que pode não ser extenso desde que fique referenciado quem são os membros daquela família, e por fim a importância de tecer elogios aos pontos fortes, uma medida que auxilia na redução da ansiedade e sofrimento da família [Figura 6].

Em suma, deixou-se perceber que a aquisição de competências nesta área de abordagem é difícil, perante a complexidade de situações e emoções que não são fáceis de gerir. Para tal é necessário não só um investimento pessoal, como também um trabalho em equipa multidisciplinar consistente e sistemático. Considero que o objetivo proposto foi atingido, tendo no processo adquirido e desenvolvido a competência “gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (Regulamento n.º124/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8657).

Figura 6. Comunicação com a família da PSC



2.3. Intervenções de Enfermagem promotoras do Cuidado Centrado na PSC e sua Família

Para atingir o objetivo – **Realizar intervenções de enfermagem promotoras do cuidado centrado na PSC e sua família** – inicialmente procurei aprofundar conhecimentos no âmbito desta esfera de intervenção, que permitissem conhecer as intervenções de enfermagem que garantem o cuidado centrado à família da PSC, na perspectiva de subsidiar em clínica a sua promoção. Assim, durante o planeamento do projeto foi realizada uma RIL para dar resposta à questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem no cuidado centrado à família da pessoa em situação crítica na UCI?”. O encontro da evidência científica relevante nesta temática suportou teoricamente a operacionalização do presente estágio. Revelou-se uma mais-valia para o desenvolvimento e aquisição de competências no acolhimento à família da PSC, bem como na realização de intervenções de enfermagem promotoras do cuidado centrado na PSC e sua família, que se pretende.

O exercício clínico em cuidados paliativos comprovou, que tal como é revelado na evidência científica, o cuidado centrado na família enquanto filosofia do cuidar, não se reduz a um conjunto de intervenções de enfermagem (Henneman & Cardin, 2002; Mitchell, Chaboyer, Burmeister, & Foster, 2009; Mitchell & Chaboyer, 2010). Em cuidados paliativos é evidente a existência de uma abordagem filosófica do cuidado que vai ao encontro de um cuidado centrado, onde “a família é, ao mesmo tempo e com muita frequência, recetora e prestadora de cuidados” (Neto, 2008, p. 27). Uma essência do cuidar que se manifesta em intervenções que revelam o alargar do círculo de atenção dos enfermeiros para com a família do doente, cuja premissa “não somos responsáveis apenas pelo doente, também o somos pela família” é amplamente garantida por toda a equipa multidisciplinar. Este aspeto salvaguarda que não só o doente é alvo de cuidados, mas também a sua família, indo ao encontro do Artigo 110.º Da humanização dos cuidados do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015, p. 8080) que prevê o olhar atento do enfermeiro “à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família”. Sem prejuízo da importância ou atenção atribuídas, o olhar que anteriormente era apenas dirigido ao doente, passa a permitir a inclusão da família como alvo de cuidados (Clay & Parsh, 2016). Em clínica, as intervenções de

enfermagem deixavam emergir uma intencionalidade de ter a família como núcleo dos cuidados e como recurso essencial, no cuidado à pessoa doente.

No que se refere à intervenção que diz respeito ao acolhimento, foi notável a existência de uma diferença no comportamento da família do doente, comparativamente ao ambiente em cuidados intensivos, no qual se tem mais experiência por ser o contexto de exercício profissional. Perante a complexidade que caracteriza uma UCI e a vivência do impacto que se gera na família da PSC, é esperado que esta, no momento do acolhimento, se encontre ávida de informação e solicite a presença do enfermeiro e profissionais de saúde pelo “desassossego que vive em si” (Mendes, 2015, p. 1). Um fenómeno igualmente experienciado em contexto de urgência, que em virtude da imprevisibilidade dos acontecimentos, evidencia a necessidade de informação da família em receber explicações sobre o estado do doente. O direito à informação e ao acompanhamento familiar previsto na Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014), apesar de cumprido é muitas vezes na prática tardio e limitado, face aos episódios de urgência que dificultam a presença dos familiares e comprometem a transmissão de informação atempada. Foi interessante perceber a ânsia de informação e o desassossego vivido pela família, no momento que antecede o internamento em cuidados intensivos. Pela rapidez de acontecimentos que assim o obriga, é perceptível quando esta ausência de informação e horas ínfimas de espera dão lugar a atitudes menos próprias por parte dos membros da família que revelam a sensação de desespero vivido. Importa no momento do acolhimento em UCI que esta angústia não seja protelada, através da criação de um ambiente de confiança e empatia, aceitando e compreendendo as diversas situações de *stress* e ansiedade, planeando objetivos realistas para ajudar a tranquilizar o doente e sua família.

Pelo contrário, o exercício clínico em cuidados paliativos deixou perceber que quando ocorre o primeiro contacto com a família da pessoa doente, esta adota um comportamento mais tranquilo e apaziguador. Talvez mais conformada face à situação, prima pelos momentos de privacidade com o doente, não solicitando tanto a presença e a colocação de questões aos enfermeiros. Inesperadamente neste contexto verifica-se que é maior a solicitação de informação por parte dos enfermeiros para com a família do doente, no sentido de conhecer as suas reais necessidades, na garantia de um cuidado centrado. Assim, percebe-se a importância que o contexto e as circunstâncias trazem à vivência da condição em

que se encontram. Por parte do enfermeiro, importa garantir nos diferentes contextos, que a família seja acolhida e incluída na prestação de cuidados ao doente, adequando a resposta às suas necessidades.

Outro aspeto que merece ser refletido diz respeito à visita dos familiares. Em cuidados paliativos, na UCP onde decorreu o estágio, o horário de visita é aberto e flexível, assumido como o lugar-comum em serviços que tenham por base um cuidado centrado na pessoa doente e família. Contudo, e tal como revela a evidência científica, na prática a sua implementação não é consensual. Por um lado, percebe-se que a permissão de um horário flexível de visita é visto como facilitador e tranquilizador para as famílias que têm de cumprir horários de trabalho ou obrigações familiares (Kean & Mitchell, 2014). No entanto, por vezes ocorrem situações em que a família se sente perdida solicitando a presença do enfermeiro na procura de informação. A permanência alargada e contínua, dependendo das fases e circunstâncias de internamento “tende a ser extremamente penalizante (...) para o repouso do doente e bom funcionamento da equipa” (Mendes, 2015, p. 188). A mesma autora, Mendes (2015, p. 188), refere que a limitação do período de visita permite aos membros da família “balizar o tempo de permanência no hospital” evitando a sua exaustão. “A capacidade (dos familiares) se ausenta(rem do serviço) está intimamente relacionada com a confiança que têm na equipa e com o suporte encontrado” (Mendes, 2015, p. 188). Em clínica, também a equipa de enfermagem evidenciou que a visita totalmente aberta pode não facilitar o envolvimento da família como alvo de cuidados, por não existir um controlo de entradas das pessoas significativas ao doente, que permita ir ao seu encontro. Segundo Mendes (2015, p. 216), “a iniciativa para a interação deve partir do enfermeiro, já que a pessoa doente ou a família carecem do seu cuidado na situação”.

No decorrer do estágio no SU, a aquisição e desenvolvimento de competências na realização de intervenções de enfermagem promotoras do cuidado centrado na PSC e, mais concretamente na sua família, revelou-se um desafio. Curiosamente a minha maior dificuldade vivenciada neste contexto clínico foi precisamente relacionada com a minha temática proposta e numa das áreas em que considerava ter mais experiência. Associo à complexidade do contexto, caracterizado pela intensidade de trabalho e de inúmeras situações imprevisíveis que exigem uma resposta rápida com mobilização de conhecimentos nos vários domínios científico, técnico e prático. Um contexto novo para mim, onde não dominava o espaço físico,

os protocolos de atuação ou conhecia a equipa multiprofissional. Esta insegurança fez com que me retraísse na abordagem à família da pessoa doente, sentindo essa dificuldade que me incomodou de algum modo. Percebi que não basta a apropriação da crença de que “a doença é um assunto de família” (Wright & Bell, 2009, p. IX) e ter a intenção da sua inclusão como alvo de cuidados. Importa o domínio do contexto onde estamos inseridos e a assunção da filosofia da instituição. Tendo por base o modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem por Benner (2001), o contexto e o significado inerente à situação têm influência nas nossas competências. As estratégias adotadas para superar esta dificuldade, prenderam-se sobretudo com momentos de reflexão crítica, mobilização de conhecimento específico fundamentado na evidência científica e momentos de discussão com Orientador Clínico e Pedagógico, que permitiram o reconhecimento das minhas capacidades e limitações.

Em suma, deixou-se perceber a importância que a filosofia do cuidar nas instituições e serviços tem no impacto da promoção de um cuidado centrado na família. Curiosamente em cuidados paliativos, mesmo perante uma carga de trabalho elevada e rácios pouco adequados face às necessidades dos doentes e família, foi perceptível a vivência de um cuidado centrado, o que contraria a justificação da não implementação desta filosofia do cuidar pela falta de tempo. Reconhece-se que esta intencionalidade acarreta não só a apropriação de uma filosofia que deve estar enraizada na equipa multidisciplinar, mas também tempo de cuidado e domínio do contexto.

2.4. Raciocínio crítico e reflexivo com mobilização da evidência científica e da experiência clínica na área da PSC

Num exercício de enfermagem avançada para atingir o objetivo – **Aperfeiçoar o raciocínio crítico e reflexivo, com mobilização da evidência científica e da experiência clínica na área da PSC** – procurei através da reflexão e pensamento crítico aperfeiçoar a capacidade de autoconhecimento e consciência de si e da relação com o Outro, enquanto pessoa e enfermeira na área específica de Enfermagem da PSC.

Os enfermeiros confrontam-se com a necessidade em permanência de saber mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas em diversas áreas, por forma a dar resposta, em tempo útil e numa abordagem holística, à complexidade das situações com que se deparam. O Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro das competências comuns do Enfermeiro Especialista faz referência à importância da reflexão sobre a prática, no que respeita ao Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. Espera-se que em contexto de formação de 2ºciclo, de acordo com os Descritores de Dublin, seja desenvolvida a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e complexas, integrando os conhecimentos que promovam uma tomada de decisão e intervenções autónomas (Direcção Geral do Ensino Superior, 2008). De acordo com Benner (2001), quando se reporta ao Modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem, o raciocínio crítico e reflexivo torna-se essencial para a aquisição e desenvolvimento de competências em qualquer área de investimento. A autora dá ênfase à experiência e ao significado em contexto real, aspetos que influenciam fortemente a competência do perito. No entanto, a vivência da experiência não é suficiente para que ocorra aprendizagem. Importa que esta seja refletida e partilhada com os outros, sendo que cada uma é produzida em função das anteriores, o que lhe confere um carácter de unicidade individual.

Indo ao encontro da experiência vivida, a elaboração de um jornal de aprendizagem e os momentos de discussão com Orientador Clínico e Pedagógico, possibilitaram a reflexão sobre os momentos vivenciados em clínica, que permitiram a descoberta de novas aprendizagens pela identificação de pontos fortes, de obstáculos desafiantes, ou dos silêncios nos contextos locais. “não saber quem

somos, e quem somos agora, porá seriamente em perigo o que nós queremos vir a ser” (Benner, 2001, p. 24). Neste sentido, emerge a necessidade de desenvolvermos a capacidade de refletir criticamente sobre a prática, permitindo a revelação das limitações e dificuldades latentes, o que facilita a mobilização de estratégias para as superar. Estas atividades contribuíram para a compreensão e desenvolvimento da capacidade de auto-conhecimento, num agir profissional ético e deontologicamente sustentado que releve a dimensão de si, enquanto pessoa e enfermeiro na relação com o Outro.

A salientar que a estratégia metodológica de integração de seminários em sala de aula no decorrer do estágio, constituiu um enorme contributo que facilitou a aprendizagem pela consolidação de conhecimentos, partilha de experiências e motivação para a reflexão crítica sobre a prática.

A realização destas atividades permitiram “refletir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações”, bem como “expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio” (ESEL, 2010, p. 1), indo ao encontro do desenvolvimento e aquisição de competências preconizadas no CMEPSC.

2.5. Desenvolvimento da formação contínua em Enfermagem no Acolhimento à Família da PSC

O último objetivo – **Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua em enfermagem no acolhimento à família da PSC** – prende-se com uma responsabilidade inerente ao Enfermeiro Especialista, onde se espera que tenha um papel “facilitador nos processos de aprendizagem em contexto de trabalho” e seja um “agente ativo no campo da investigação” (Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4749).

A participação em congressos científicos ao longo do percurso formativo, na área da PSC [elaborados relatórios em Apêndices II, III e IV], mostrou-se essencial para o desenvolvimento académico e profissional, pela partilha de experiências e resultados obtidos na mais recente evidência científica. Constituíram fontes de

informação importantes para a tomada de decisão clínica, facilitando a consciência crítica para os problemas atuais. Concretamente no III Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros [elaborado relatório em Apêndice IV] foi possível a apresentação e discussão de um póster na temática – “O Cuidado Centrado na Família da Pessoa em Situação Crítica: Intervenção do Enfermeiro Perito” [Apêndice V] – do qual fui coautora em parceria com outros colegas do CMEPSC e com a Professora Anabela Mendes. Esta participação enquanto coautora e responsável pela apresentação do referido póster foi fundamental, não só pelo trabalho de investigação realizado, garantindo a disseminação do conhecimento existente nomeadamente em atividades formativas externas, bem como pelo desenvolvimento da capacidade de comunicação oral e argumentação perante o público e o júri de trabalhos científicos. Neste âmbito, também é de referir a elaboração de um artigo que se pretende submeter a publicação, resultante da RIL realizada durante o planeamento do projeto para dar resposta à questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem no cuidado centrado à família da pessoa em situação crítica na UCI?”. Para conduzir a uma prática de enfermagem avançada torna-se essencial a disseminação e translação da produção de conhecimento em enfermagem. Estas atividades constituíram contributos essenciais para o percurso de aquisição e desenvolvimento das competências “selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão; mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação e elaborar projetos de investigação coerentes” (ESEL, 2010, p. 1), como também “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4749).

De forma a contribuir para o desenvolvimento da formação contínua em enfermagem, na área específica do acolhimento à família da PSC, tendo por base um cuidado centrado, foi possível no decorrer do estágio em cuidados paliativos, por sugestão do Enfermeiro Orientador em contexto de formação em serviço, elaborar uma sessão de formação na temática: “A Família: Uma abordagem na Unidade de Cuidados Paliativos” [Apêndice VII], com respetivo plano e guião de sessão em Apêndice VI. Esta atividade permitiu desenvolver o meu papel enquanto formadora e facilitadora da aprendizagem nesta área de intervenção, através da implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica. Com o objetivo de sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância da integração da família do

doente na UCP, o impacto da sessão de formação revelou-se bastante positivo no seio dos diferentes profissionais. Possibilitou através da partilha de experiências o encontro de estratégias que visam a promoção de um cuidado centrado na pessoa doente e sua família.

Finalmente foi atribuído um terceiro período, correspondente ao tempo final de estágio, em contexto de atividade profissional na UCI onde exerço funções. Os objetivos deste percurso formativo foram integrar e consolidar as competências adquiridas e desenvolvidas, no contributo para o desenvolvimento da formação contínua em enfermagem na temática proposta, bem como desenvolver competências especializadas na área da gestão dos cuidados. Enquanto parte integrante de um grupo de trabalho na abordagem à família da pessoa doente em contexto de formação em serviço, foi possível dar início à implementação de um projeto de reformulação da norma de procedimento em vigor e respetivo folheto informativo, referentes ao acolhimento à família/ acompanhamento familiar na UCI. O percurso formativo desenvolvido até então, com enfoque na promoção de um cuidado centrado na família da PSC, foi um enorme contributo no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais pela responsabilização enquanto facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho e agente ativo no campo da investigação. A salientar os momentos de aprendizagem experiencial, no seio da equipa de enfermagem em contexto de trabalho, importantes na sensibilização para a intencionalidade de inclusão da família no núcleo dos cuidados e promoção de um cuidado centrado.

As atividades desenvolvidas permitiram atingir o objetivo pretendido e “demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina” (ESEL, 2010, p. 1) na temática do acolhimento à família da PSC na UCI.

CONCLUSÃO

Na prestação de cuidados de enfermagem à PSC, num ambiente associado à tecnologia e complexidade de situações, a dinâmica do contexto impõe aos enfermeiros a mobilização de conhecimentos e aquisição de competências que relevem as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas da pessoa e sua família. Num agir ético e deontologicamente sustentado, espera-se do enfermeiro a promoção de um ambiente humanizador que permita “atender com cortesia e acolher com simpatia” (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 141).

O acolhimento à família da PSC na UCI surge como uma estratégia terapêutica de particular importância, pela oportunidade de ocorrer num primeiro momento que dá lugar ao início do processo de humanização do cuidar. O cuidado centrado na família, enquanto filosofia do cuidar, integra o acolhimento como estratégia terapêutica que intencionalmente considera a família o núcleo dos cuidados e recurso essencial no cuidado à pessoa doente. O enfermeiro perito assume uma posição de excelência na garantia da sua promoção, pelo investimento que faz no raciocínio crítico e reflexivo com vista à compreensão profunda da situação global. Através da mobilização de novos conhecimentos com base na evidência científica, documenta com rigor a sua tomada de decisão e propõe estratégias para que em equipa multidisciplinar o foco e *outcome* dos cuidados seja sempre a família e a pessoa doente.

O presente relatório permitiu explanar o percurso formativo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC e em particular na temática proposta: "Acolhimento à Família da PSC na UCI: Intervenção especializada de Enfermagem". Este trabalho sustentou-se no referencial Modelo Calgary de Wright e Leahey e teve como suporte os objetivos e competências preconizadas para o estudante de mestrado no plano de estudos do CMEPSC, nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos e nos regulamentos das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC, documentadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Inicialmente o enquadramento teórico permitiu compreender os conceitos centrais da temática com base na evidência científica, para conhecimento do estado da arte. Posteriormente através da análise profunda do percurso formativo

desenvolvido foi possível conhecer as atividades realizadas e resultados obtidos com vista à aquisição e desenvolvimento de competências que se propôs na operacionalização do projeto.

A realização do presente percurso formativo revelou-se um desafio que se manterá em aberto. A assunção de conhecimentos adquiridos através da frequência nas Unidades Curriculares no primeiro e segundo semestres, constituíram um enorme contributo para o planeamento do projeto e competências a atingir. A realização da RIL, enquanto suporte da prática clínica em evidência científica, forneceu uma maior compreensão do fenómeno pelo seu subsídio na operacionalização do estágio e investimento no campo da investigação em enfermagem. A realização do estágio nos diferentes contextos seleccionados foi o culminar de um projeto há muito planeado, gratificante pelas inúmeras situações vivenciadas com potencial formativo.

O ensino clínico em cuidados paliativos permitiu ir ao encontro de uma abordagem holística do cuidar em enfermagem que reconhece intencionalmente as necessidades da família do doente e baseia as intervenções na perspetiva da sua inclusão. A vivência num ambiente focado na humanização dos cuidados deixou perceber a importância da promoção do cuidado centrado na pessoa doente e família na qual se insere, em ambientes cada vez mais tecnológicos como a UCI. A apropriação desta filosofia do cuidar implica tempo e consistência na sua implementação por parte de toda a equipa multidisciplinar. As dificuldades sentidas no contexto, relacionadas com o controlo emocional e vulnerabilidade acrescida perante o sofrimento presenciado daqueles a quem se prestam cuidados, constituíram fatores impulsionadores de crescimento. O encontro de estratégias para ultrapassar esses obstáculos, nomeadamente a reflexão crítica sobre a prática e o encontro com peritos da área clínica subsidiaram a aquisição e desenvolvimento de competências no acolhimento à família da PSC a que se propôs.

A experiência clínica no SU teve como foco principal a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à PSC e sua família, em contexto de urgência e emergência. Esta oportunidade permitiu conhecer a vivência da pessoa doente no momento que antecede o internamento em cuidados intensivos. Deixou perceber a importância e influência que o domínio do contexto tem na prestação de cuidados à pessoa doente e em particular à sua família.

O terceiro momento de exercício clínico, atribuído ao contexto profissional em cuidados intensivos, permitiu enquanto elemento ativo e responsável pela promoção de um cuidado centrado na família, contribuir para o desenvolvimento da formação contínua em enfermagem na temática proposta.

A realização do presente percurso formativo permitiu, através das atividades desenvolvidas, contribuir para a aquisição e desenvolvimento de competências a que se propôs, pelo que se considera que a sua finalidade foi alcançada. Considerando o modelo de Dreyfus, este percurso tornou-se essencial para a progressão a nível de perito que se pretendia atingir na prestação de cuidados à PSC e acolhimento à família na qual se insere, em contexto de UCI.

A salientar como pontos fortes a experiência profissional ao longo dos últimos anos em cuidados intensivos, que conduziu à escolha da temática em que tenho particular interesse e motivação; a realização da RIL que sustentou a operacionalização do estágio na mais recente evidência científica; o encontro com peritos da área clínica e o apoio dos Enfermeiros Orientadores, Clínicos e Pedagógico. Considera-se como limitação não ter passado por um contexto de cuidados intensivos distinto do meu exercício profissional, que permitisse a partilha de experiências no que concerne à implementação de estratégias que visam o acolhimento à família da PSC na UCI. Também o fator tempo revelou-se limitado para finalizar o projeto que se pretende implementar no que respeita à reformulação da norma de procedimento em vigor e respetivo folheto informativo, referentes ao acolhimento à família/ acompanhamento familiar na UCI onde se exerce funções.

Como perspetiva futura realço a importância de dar continuidade ao investimento em intervenções de enfermagem que garantam a família como núcleo dos cuidados e recurso essencial no cuidado à pessoa doente.

Vivida a experiência importa agora num caminho permanente a percorrer, colocar em cada passo a devida exigência com uma responsabilidade profissional acrescida, que permita ir ao encontro de cuidados de “Enfermagem com mais Enfermagem” (Silva, 2007, p. 12).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. M. L. de, & Almeida, M. J. V. de. (2007). A Conspiração do Silêncio – sua caracterização e implicação nos cuidados de saúde. *Sinais Vitais*, 73, 25–29.
- American College of Surgeons & Committee on Trauma. (2012). *Advanced Trauma Life Support - ATLS* (9ªed.). Chicago: American College of Surgeons.
- Azevedo, P. (2010). Dispneia. Em A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 191–202). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Bond, A. E., Draeger, C. R. L., Mandleco, B., & Donnelly, M. (2003). Needs of Family Members of Patients With Severe Traumatic Brain Injury. *Critical Care Nurse*, 23(4), 63–72.
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients, 7(2), 6–9.
- Cannon, S. (2011). Family-centered care in the critical care setting: Is it best practice? *Dimensions of Critical Care Nursing*, 30(5), 241–245. <https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e3182276f9a>
- Capelas, M., & Neto, I. (2010). Organização de Serviços. Em *Manual de Cuidados Paliativos* (2ªed, pp. 785–814). Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Carneiro, A. V. (2004). A comunicação clínica em contexto de doença aguda. Em J. Gomes-Pedro e A. Barbosa. *Comunicar: na clínica, na educação, na investigação e no ensino* (pp. 81–88). Lisboa: Climepsi editores.
- Ciufo, D., Hader, R., & Holly, C. (2011). A comprehensive systematic review of visitation models in adult critical care units within the context of patient- and family-centred care. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(4), 362–387. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2011.00229.x>
- Clay, A. M., & Parsh, B. (2016). Patient- and Family-Centered Care: It's Not Just for Pediatrics Anymore. *American Medical Association Journal of Ethics*, 18(1), 40–44.
- Collière, M.-F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2017). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos*. Obtido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estratégico-CP_2017-2018-1-1.pdf
- Coombs, M. A., Parker, R., Ranse, K., Endacott, R., & Bloomer, M. J. (2017). An integrative review of how families are prepared for, and supported during withdrawal of life-sustaining treatment in intensive care. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 39–55. <https://doi.org/10.1111/jan.13097>
- Costa, M. A. (2004). Relação Enfermeiro-Doente. Em M. Neves e S. Pacheco. *Para uma ética da enfermagem: desafios* (pp. 63–80). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Damboise, C., & Cardin, S. (2003). Family-Centered Critical Care How one unit implemented a plan. *American Journal of Nursing*, 103(6).
- Davidson, J. E. (2009). Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*, 29(3), 28–35. <https://doi.org/10.4037/ccn2009611>
- Davidson, J. E., Daly, B. J., Agan, D., Brady, N. R., & Higgins, P. A. (2010). Facilitated Sensemaking A Feasibility Study for the Provision of a Family Support Program in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(2), 177–189. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3181d91369>
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho. (2006). Decreto-Lei n.º101/2006 de 6 de Junho. Obtido de https://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. (2014). Diário da República, 2.ª série - n.º 153 (11-08-2014). Obtido 17 de Dezembro de 2018, de <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>
- Direcção-Geral da Saúde. (2015). Rede de Referenciação de Cardiologia. Obtido 12 de Dezembro de 2018, de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/rede-referenciação-hospitalar-cardiologia-v.2015.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde. (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Obtido 18 de Dezembro de 2018, de <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2018/01/09/norma-dgs-sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata/>
- Direcção Geral do Ensino Superior. (sem data). Descritores de Dublin (2º ciclo). Obtido 20 de Abril de 2018, de <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- ESEL. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC, 2010. Obtido de <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Faustino, L., & Gomes, A. S. (2011). Dificuldade dos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente em fim de vida: intervenção de uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, nº26 (Abri(ISSN 0873-1586), 23–31.

- Ferreira, C., & Valério, A. (2003). Acolhimento do doente num serviço de Internamento. *Informar*, 30, 10–13.
- Gameiro, J. (1999). *Voando sobre a psiquiatria: análise epistemológica da psiquiatria contemporânea* (2ª edição). Porto: Edições Afrontamento.
- Grupo Português de Triagem. (2015). Sistema de Triagem de Manchester. Obtido 18 de Dezembro de 2018, de http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110
- Henneman, E. A., & Cardin, S. (2002). Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*, 22(6), 12–19 7p. Obtido de <https://login.e.bibl.liu.se/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=106810449&lang=sv&site=eds-live>
- Hesbeen, W., Campia, P., Dupuis, M., Fontaine, M., Gueibe, R., Honoré, B., ... Weber, D. (2013). *Dizer e Escrever a Prática do Cuidar do Quotidiano: à descoberta do sentido do cuidado de saúde*. Loures: Lusociência.
- International Council of Nurses. (2011). *CIPE versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Kean, S., & Mitchell, M. (2014). How do intensive care nurses perceive families in intensive care? Insights from the United Kingdom and Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5–6), 663–672. <https://doi.org/10.1111/jocn.12195>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company. Obtido de https://books.google.pt/books?id=nduGie_ouQkC&printsec=frontcover&dq=comf%0Aort+theory&hl=en&ei=0ci9TK-hJoaosQPbw4j-%0ADA&sa=X&oi=book_result&ct=result#v=onepage&q&f=false
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais* (3ª). Porto Alegre: Artmed. <https://doi.org/Estante de Casa 3a prateleira>
- Lei n.º 15/2014 de 21 de março. (2014). Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. (2015). ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Lima, M. da S., Monteiro, L. D., Nogueira, L. S. S., & Martins-Melo, F. R. (2015). Cuidado de Enfermagem à Família de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, (May), 7957–7966. <https://doi.org/10.5205/reuol.6121-57155-1-ED.0905201527>
- Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 7, 1–6.
- Maestri, E., Nascimento, E. R. P. do, Bertoncello, K. C. G., & Martins, J. de J. (2012). Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem UERJ*, 20(1), 73–78. Obtido de

<http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a13.pdf>

- Martin, D. Ianzas, Sousa, P. P., & Batista, P. A. da S. R. (2014). Necessidades dos Familiares do Doente Crítico Internado numa Unidade de Cuidados Intensivos: Perspetiva do Enfermeiro. *Revista Sinais Vitais*, 114(6), 15–26.
- Mendes, A. P. (2015). *A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos - Desalojar o Desassossego que Vive em Si*. Loures: Lusodidacta.
- Mendes, A. P. (2016). Sensibility of Professionals To Information Needs : Experience of the Family At the Intensive Care Unit Sensibilidade Dos Profissionais Face À Necessidade De Informação : Experiência Vivida Pela Família Na Unidade De De Información : Experiencia Vivida De, 25(1), 1–9.
- Ministério da Saúde. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Positive Effects of a Nursing Intervention on Family-centered Care in Adult Critical Care. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 543–552. <https://doi.org/10.4037/ajcc2009226>
- Mitchell, M. L., & Chaboyer, W. (2010). Family Centred Care-A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(3), 154–160. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.03.003>
- Morrison, P. (2001). *Para compreender os doentes*. Lisboa: Climepsi editores.
- Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 19(1), 68–74. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.4785-13.2014>
- Neto, I. G. (2008). As Conferências Familiares como Estratégia de Intervenção e Apoio à Família em Cuidados Paliativos. *Dor*, 16, 27–34. Obtido de http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2008/n3.pdf
- Nunes, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem, uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos*, 17, 3–9. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista_Percursos_n17_Do_perito_e_do_conhecimento_em_enfermagem.pdf
- Oliveira, C. N., & Nunes, E. D. C. A. (2014). Caring for family members in the ICU: challenges faced by nurses in the interpersonal praxis of user embracement. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(4), 954–963. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014003590013>
- Oliveira, N. (2014). O Fim da Vida Considerações Éticas. *Sinais Vitais*, 114, 5–8.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Li.

- Osswald, W. (2013). *Sobre a Morte e o Morrer*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Pardavila Belio, M. I., & Vivar, C. G. (2011). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 51–67. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.06.001>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. loures: Lusociência.
- Regulamento n.º 533/2014 de 2 de Dezembro. (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Obtido 23 de Abril de 2018, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf
- Regulamento n.º124/2011 de 18 de fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf
- Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica* (2ª). Porto: Edições Afrontamento.
- Sá, F. L. G. de. (2014). Acolhimento da família no Serviço de Urgência. Em *Suplemento ao nº2 - Série IV* (p. 540). Coimbra: Referência.
- Sá, F. L. G. de, Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19, 31–46. Obtido de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de Urgência: Da Teoria à Prática* (4ª ed). Loures: Lusociência.
- Silva, A. P. (2007). "Enfermagem Avancada": um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir*, 55(1–2), 11–20.
- Silva, S. M. A. da. (2016). Os Cuidados ao Fim da Vida no Contexto dos Cuidados Paliativos. *Revista Portuguesa de Cancerologia*, 62(3), 253–257.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ªed). Lisboa: Climepsi.
- Urizzi, F., Carvalho, L. M., Zampa, H. B., Ferreira, G. L., Grion, C. M. C., & Cardoso, L. T. Q. (2008). Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4), 370–375. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400009>
- Westley, M. E., Ching, J. M., Sherman, S. A., & Smith, I. A. (2014). Opening the ICU doors. *Healthcare*, 2(4), 258–262. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2014.10.002>

- World Health Organization. (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide. Obtido 18 de Janeiro de 2019, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf;jsessionid=1F28656472AB9AB8CFACA348E65CFC9C?sequence=1
- World Health Organization. (2018). WHO Definition of Palliative Care. Obtido 30 de Novembro de 2018, de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A Model for Healing*. Calgary: 4th Floor Press.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5^a ed.). São Paulo: Roca.
- Zaforteza, C., García-mozo, A., Amorós, S. M., Pérez, E., & Maqueda, M. (2014). Factors limiting and facilitating changes in caring for the intensive care unit patients' relatives †. *British Association of Critical Care Nurses*, 20(2). <https://doi.org/10.1111/nicc.12095>

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Estágio – 3º Semestre

Cronograma de Estágio – 3º Semestre

ANOS		2018												2019									
MESES		Set	Outubro					Novembro				Dezembro			Janeiro					Fevereiro			
DIAS		24	1	8	15	21	29	5	12	19	26	3	11	Férias de Natal	3	7	14	21	28	4	11	18	25
		28	4	12	19	26	2	9	16	23	30	6	14		4	11	18	25	1	8	15	22	1
CAMPOS DE ESTÁGIO	Unidade de Cuidados Paliativos													Férias de Natal									
	Serviço de Urgência																						
	Unidade de Cuidados Intensivos																						
Congressos/ Conferências																							
Elaboração do Relatório																							

**Apêndice II – Relatório das IX Jornadas Nacionais de Enfermagem
Intensiva**

RELATÓRIO DAS IX JORNADAS NACIONAIS DE ENFERMAGEM INTENSIVA

A 13 e 14 de outubro de 2018 decorreram as IX Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva: "Miscelânea de Saberes", na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), organizadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI).

No âmbito do projeto de estágio "Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados Intensivos: Intervenção Especializada de Enfermagem", integrado no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), pretende-se a construção de um percurso académico que tenha como suporte a aquisição e desenvolvimento de competências definidas no plano de estudos, onde se espera que o enfermeiro tenha a capacidade de "selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão (...) mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação e abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador" (ESEL, 2010, p. 1). Neste sentido e no que concerne à disseminação do conhecimento existente, nomeadamente na participação em atividades formativas externas, fui assistir às referidas jornadas com o objetivo de atualizar e adquirir conhecimentos que subsidiassem o processo de aquisição de competências na temática do projeto, bem como a prática clínica em contexto profissional.

No meu ponto de vista os temas que foram abordados, tal como o nome indica numa "miscelânea de saberes", encontraram o equilíbrio certo no que respeita à dicotomia de áreas de tecnologia avançada e humanização dos cuidados, no domínio do doente crítico. Das temáticas abordadas mais relacionadas com questões da prática e manuseamento de tecnologia no doente crítico, destaco o "Impacto do Jejum no Doente Crítico" e as "Novas perspetivas nos acessos vasculares ecoguiados", ambos os temas apresentados por enfermeiros. Foram expostas ferramentas e estratégias essenciais na abordagem ao doente crítico, baseadas na mais recente evidência científica.

Os meus temas de eleição "Humanização em Cuidados Intensivos" e "Cuidados paliativos em intensivos: Um desafio!" foram ao encontro das minhas expectativas, no que respeita aos meus objetivos na concretização do projeto e em contexto de

exercício profissional em UCI. É inquestionável e amplamente consensual a sua pertinência e importância, contudo incomoda-me perceber a sua “ainda atualidade” nos dias que correm.

Na temática “Humanização em Cuidados Intensivos” foi perceptível a agitação e inquietação na plateia no confronto com as questões diretivas e medidas expostas denominadas “159 boas práticas” que visam a humanização em UCI. Não obstante a terem sido explanadas as estratégias para a sua operacionalização, percebe-se a dificuldade na sua implementação na prática, sendo consensual que a maior das dificuldades reside na mudança de paradigma e de mentalidades que acarretam tempo, não existindo um caminho linear a seguir. Salientou-se a importância de uma abordagem com um objetivo comum adotado por toda a equipa multidisciplinar.

Relativamente ao tema “Cuidados paliativos em intensivos: Um desafio!” foi perceptível o desafiante que é a operacionalização na prática da articulação de uma abordagem paliativa e curativa no doente crítico. Ambas se complementam e não é imperativo que sejam dissociadas uma da outra. A grande resistência à sua implementação prende-se novamente com a mentalidade dos profissionais e complexidade do contexto.

Por fim, saliento a sessão de *Coaching* que de uma forma dinâmica e descontraída, foi um contributo essencial a nível pessoal, académico e profissional. Os enfermeiros na abordagem ao doente crítico lidam com situações que acarretam um controlo emocional perante o sofrimento presenciado daqueles a quem prestam cuidados. A salvaguarda do bem-estar psicológico e a consciência de si, enquanto pessoa e enfermeiro, é fulcral para o desenvolvimento de competências na abordagem à pessoa em situação crítica.

Apêndice III – Relatório do Congresso Científico Status 5

RELATÓRIO DO CONGRESSO CIENTÍFICO STATUS 5

Nos dias 30 de novembro e 1 de dezembro de 2018 ocorreu a terceira edição do Congresso Científico Status 5 que teve lugar no Fórum Lisboa, organizado pelo Grupo de Operacionais médicos e enfermeiros da Viatura Médica de Emergência e Reanimação do Hospital de São José, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE. Um evento científico que é já uma referência em matéria do doente crítico, que pretende relevar a discussão do estado da arte na área da emergência médica, reanimação e trauma. Através da partilha de conhecimentos pretende como objetivo, melhorar a resposta na abordagem ao doente crítico no pré-hospitalar, na urgência e nos cuidados intensivos.

Neste âmbito, no decorrer do projeto de estágio integrado no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, pretende-se através da participação neste Congresso Científico, atualizar e adquirir conhecimentos na área em questão, incluindo um “olhar crítico” sobre a atualidade, considerando fontes de informação relevantes para a tomada de decisão em situações futuras da prática clínica. Também o facto da Comissão Científica organizadora fazer parte integrante da instituição onde exerço funções em contexto profissional, tornou-se um fator que gerou particular motivação para a participação neste evento.

Através dos trabalhos realizados e apresentados deixou-se perceber que os anos 2017 e 2018 foram profícuos na inovação de práticas úteis e relevantes na abordagem ao doente crítico, num *continuum* pré-hospitalar e intra-hospitalar. Um processo em permanência que prevê na atualidade a continuidade dos cuidados prestados, verificando-se a melhoria dos resultados obtidos em diversas áreas de intervenção. Dentro destas práticas, saliento o tema da mesa redonda: “PCR – Paragem Cardio-Respiratória”, com enfoque na eCPR (*Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation*), uma medida de reanimação cardiorrespiratória que consiste na instituição de uma reanimação assistida por oxigenação através de membrana extracorporeal – ECMO (*ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*) – dando continuidade aos cuidados prestados entre o pré-hospitalar e o intra-hospitalar, através de uma via de acesso direta a estes doentes. Este procedimento encontra-se protocolado e implementado desde Outubro de 2017, nos Centros Hospitalares da área metropolitana de Lisboa, tendo sido apresentados os resultados obtidos, numa reflexão interativa acerca das dificuldades e desafios sentidos pelas diferentes equipas, desde o momento da

ativação até à chegada à UCI, passando pelo momento de contacto hospitalar até ao transporte propriamente dito da vítima.

No meu ponto de vista e de uma forma geral, as temáticas abordadas destacaram aspetos sobretudo relacionados com áreas de tecnologia avançada na abordagem ao doente crítico, com pouco enfoque na humanização dos cuidados que devem estar implícitos. Foram explanadas ferramentas e estratégias essenciais em diversas áreas na abordagem à vítima, baseadas na mais recente evidência científica. Contudo, das diferentes matérias em análise, nenhuma incidiu na problemática diariamente vivenciada pelos profissionais de saúde, no que respeita às questões de maior vulnerabilidade que se prendem com o lidar com o sofrimento do doente e família onde se insere. Curiosamente, apenas na apresentação de um caso clínico real, inserido na temática “Um ano de eCPR no CHLC”, apresentado por uma enfermeira, com exposição oral de frases proferidas por uma doente e sua família, foi possível perceber a captação da audiência. Particularmente para mim, foi gratificante ter assistido a esta apresentação pelo fato de ter feito parte integrante da equipa que prestou cuidados a essa mesma doente e família.

Por fim, a participação no *Workshop* realizado pré-Congresso na temática “Via Aérea em Emergência no Adulto” revelou-se fulcral para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à PSC. A abordagem da via aérea em emergência é uma prática comum e necessária, cuja incidência de situações de via aérea difícil é elevada. Neste sentido, a formação contínua, o treino e a atualização constante tornam-se fundamentais. Foi possível não só tomar conhecimento acerca da evidência científica mais recente neste tipo de abordagem, bem como das características dos diferentes dispositivos existentes no mercado. Exercer treino no manuseamento deste tipo de materiais adjuvantes na abordagem da via aérea é essencial, para uma familiarização e atualização com a tecnologia de suporte existente que irá conduzir a uma melhoria dos *outcomes* na prática.

**Apêndice IV – Relatório do III Congresso da Secção Regional
do Sul da Ordem dos Enfermeiros**

RELATÓRIO DO III CONGRESSO DA SECÇÃO REGIONAL DO SUL DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

Nos dias 5 e 6 de dezembro de 2018 ocorreu o III Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros: “Enfermagem em Urgência e Emergência” que teve lugar no Teatro das Figuras em Faro, organizado pela Ordem dos Enfermeiros Secção Regional do Sul, em parceria com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). Um espaço de debate científico que teve como objetivo promover a aproximação da prática de enfermagem através da partilha de conhecimento, experiências e projetos liderados por enfermeiros nos diferentes contextos.

No âmbito do projeto de estágio "Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados Intensivos: Intervenção Especializada de Enfermagem", integrado no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), pretende-se a construção de um percurso académico que tenha como suporte a aquisição e desenvolvimento de competências definidas no plano de estudos, onde se espera que o enfermeiro saiba “elaborar projetos de investigação coerentes” (ESEL, 2010, p. 1) e que realize atividades que garantam a disseminação do conhecimento existente, nomeadamente em atividades formativas externas. Neste sentido, o presente congresso permitiu a apresentação e discussão de um póster com o título: “O Cuidado Centrado na Família da Pessoa em Situação Crítica: Intervenção do Enfermeiro Perito”, do qual fui coautora em conjunto com outros colegas do CMEPSC e em parceria com a Professora Anabela Mendes. Esta participação enquanto coautora e responsável pela apresentação do referido póster foi fundamental, não só pelo trabalho de investigação realizado em equipa, que se revelou saudável pela motivação transmitida e partilha, bem como pelo desenvolvimento da capacidade de comunicação oral e argumentação perante o público e o júri de trabalhos científicos. Para conduzir a uma prática de enfermagem avançada torna-se essencial a disseminação e translação da produção de conhecimento em enfermagem.

No que respeita aos trabalhos apresentados e discutidos ao longo do Congresso, saliento dois temas de particular interesse pessoal pela familiaridade para com a minha temática do projeto.

Inicialmente destaco o tema “Presença da família na sala de emergência”, uma problemática atual cuja abordagem me fez todo o sentido, tendo em conta o facto de me encontrar no momento, a estagiar num serviço de urgência. Este trabalho explanou de uma forma muito objetiva os benefícios e os malefícios da presença da família do doente na sala de reanimação. Deixou-se perceber que ainda é uma prática pouco comum e consensual a nível nacional que necessita de maior investigação e incidência. Contudo, o enfoque atribuído à família enquanto alvo e cliente de enfermagem revelou a intencionalidade da promoção de um cuidado centrado na família, onde se prevê a humanização do cuidado ao doente e família na qual se insere.

Posteriormente, outro dos temas a destacar refere-se aos “Cuidados Paliativos nos Cuidados Intensivos”, uma problemática que prima de forma semelhante pela humanização dos cuidados no ambiente contemporâneo. Esta apresentação deu ênfase à necessidade de atender à dignidade da pessoa em situações de fim de vida, com respeito pela sua individualidade. Numa apropriação dos conceitos, foi perceptível que na prática os cuidados paliativos são compatíveis e complementares aos cuidados intensivos. Na sua operacionalização, esta articulação de cuidados torna-se um desafio que se reflete em resultados positivos tanto para o doente e família, como também para todos os profissionais de saúde envolvidos.

**Apêndice V – Póster “O Cuidado Centrado na Família da
Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados
Intensivos: Intervenção do Enfermeiro Perito”**

O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO PERITO

Ana Lusquiños^a; Ricardo Feliciano^b; Sofia Carvalho^c; Sónia Gameiro^d; Anabela Mendes^e

1 INTRODUÇÃO

FACE À COMPLEXIDADE DO CONTEXTO, OS ENFERMEIROS NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) PROCURAM:



1. CENTRAR-SE NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ÁREAS INOVADORAS DE TECNOLOGIA QUE POSSIBILITEM UMA RESPOSTA EFETIVA ÀS NECESSIDADES DA PESSOA DOENTE.
 2. GARANTIR NUM CUIDADO TECNOLÓGICO, A FAMÍLIA NA QUAL SE INSERE A PESSOA DOENTE, CONSTITUINDO-SE PARTE INTEGRANTE DA EQUIPA DE CUIDADOS (MENDES, 2015).
- O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA É UM AMPLIAR DO CÍRCULO DE ATENÇÃO DOS ENFERMEIROS, INTEGRANDO A FAMÍLIA NO FOCO DO CUIDAR (HENNEMAN & CARDIN, 2002).

2 OBJETIVOS



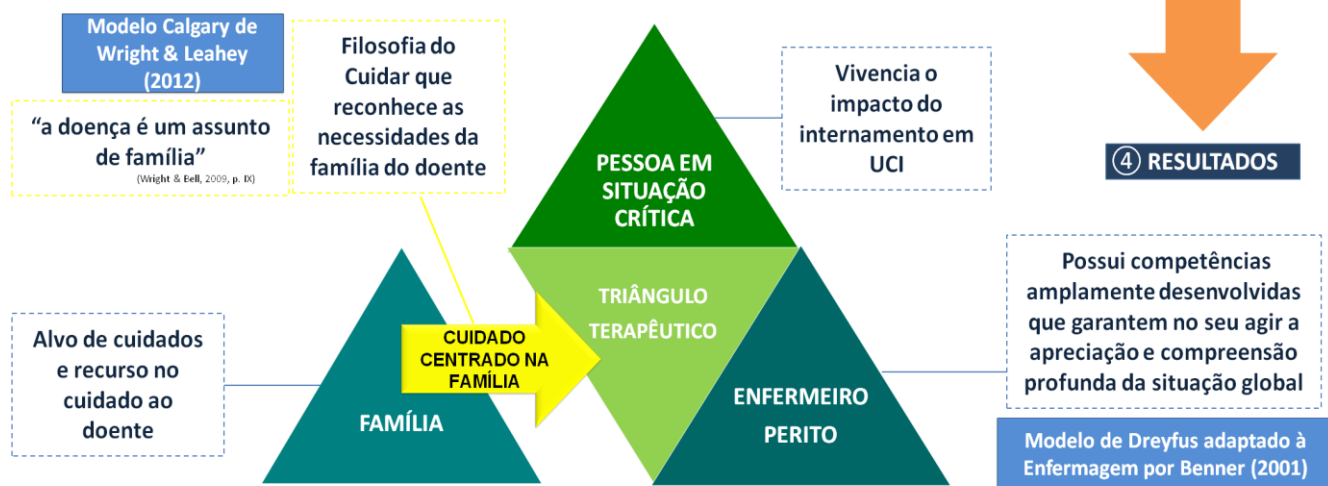
1. ANALISAR AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO CENTRADO À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA UCI;
2. ANALISAR DE QUE MODO PODE A COMPETÊNCIA CLÍNICA DO ENFERMEIRO CONTRIBUIR PARA A PROMOÇÃO DE UM CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA.

3 METODOLOGIA

RIL

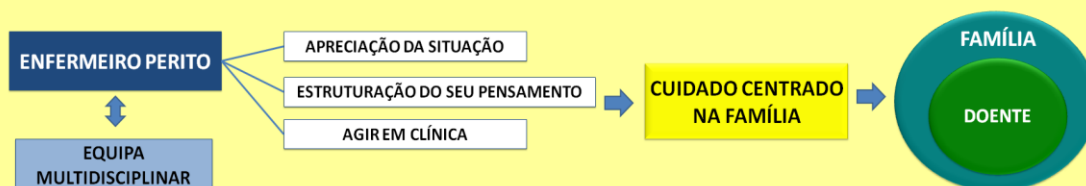
MODELO CALGARY DE
WRIGHT & LEAHEY
(2012)

MODELO DE DREYFUS ADAPTADO
À ENFERMAGEM POR BENNER
(2001)



4 RESULTADOS

5 CONCLUSÃO



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Henneman, E. A., & Cardin, S. (2002). Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*, 22(6), 12–19 7p.
- Mendes, A. (2015). *A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos - Desalojar o Desassossego que Vive em Si*. Loures: Lusodidacta.
- Mitchell, M. L., & Chaboyer, W. (2010). Family Centred Care - A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(3), 154–160.
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A Model for Healing*. Calgary: 4th Floor Press.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias : Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). São Paulo: Roca

Apêndice VI – Plano e Guião da Sessão de Formação na UCP

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: A Família: Uma abordagem na Unidade de Cuidados Paliativos

Local: Sala de reuniões da Unidade de Cuidados Paliativos

Data e Hora: 21 de novembro de 2018 às 14h

Duração: 30 minutos

Formadora: Enf.^a Ana Lusquiños, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Formandos: Equipa Multidisciplinar da Unidade de Cuidados Paliativos

Objetivo Geral: Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância da integração da família do doente na Unidade de Cuidados Paliativos

Objetivos Específicos:

- Refletir sobre a realidade dos cuidados curativos vs cuidados paliativos;
- Divulgar a evidência científica atual sobre a promoção de um cuidado centrado na família;
- Refletir sobre as dificuldades na abordagem à família do doente e quais as estratégias a adotar;
- Promover a partilha de experiências e a discussão sobre a implementação de estratégias promotoras de um cuidado centrado na família.

GUIÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Momentos	Atividades/ Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos/ Meios Didáticos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação da formadora e justificação no âmbito do projeto;- Apresentação do tema;- Exposição do plano de sessão e objetivos.	Método Expositivo	<ul style="list-style-type: none">- Computador;- Projetor;- Tela de projeção;- Documento de avaliação da sessão.	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- A realidade dos cuidados curativos vs cuidados paliativos;- A evidência científica atual sobre a promoção de um cuidado centrado na família;- As dificuldades na abordagem à família e quais as estratégias a adotar.	<ul style="list-style-type: none">- Método Expositivo- Método Interrogativo		15 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">- Síntese de conteúdos apresentados;- Questões e discussão em grupo;- Distribuição do documento de avaliação da sessão.			10 minutos

**Apêndice VII – Apresentação da Sessão de Formação:
“A Família – Uma abordagem na Unidade de Cuidados
Paliativos”**

8º Curso de Mestrado
em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular Estágio com Relatório

A FAMÍLIA

Uma abordagem na Unidade de Cuidados Paliativos

Ana Lusquiños

Orientação: Prof.^a Doutora Anabela Mendes

21 Novembro 2018



Unidade Cuidados Paliativos

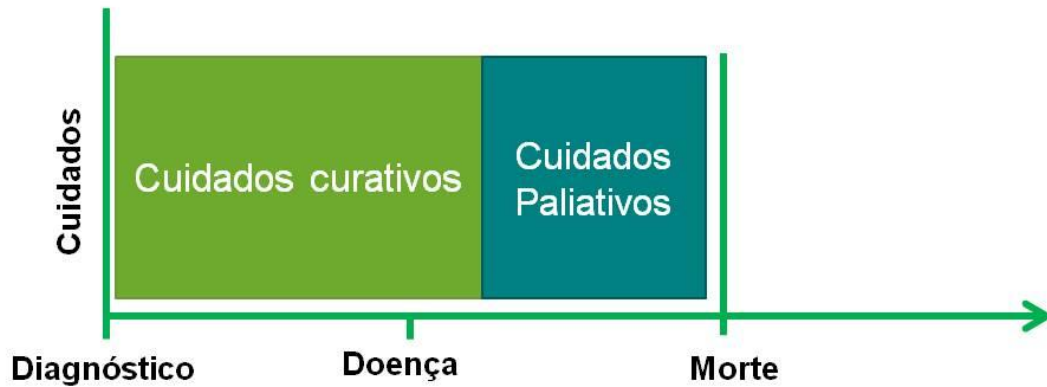


PLANO DE SESSÃO

- A Realidade dos cuidados curativos vs cuidados paliativos
- A Família
- A dificuldades na abordagem à Família
- As estratégias a adotar



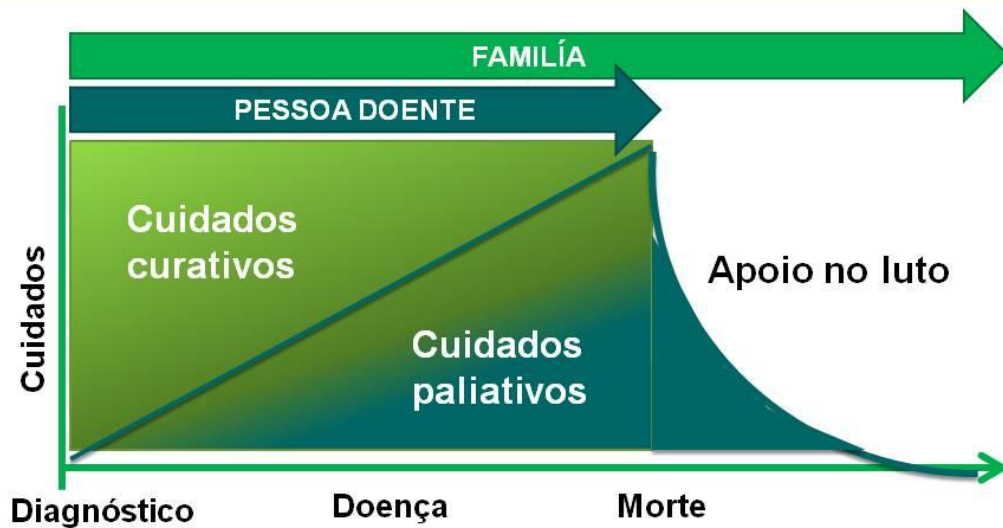
REALIDADE ATUAL



Adaptado de Twycross
(2003)

3 Ana Lusquiños

REALIDADE DESEJÁVEL



Adaptado de Twycross
(2003)

4 Ana Lusquiños



**“família é quem seus membros dizem
que são”**

(Wright & Leahey 2012, p. 55),

**“o familiar que é sujeito ativo no processo de cuidados e uma extensão do
doente crítico”**

(Oliveira & Nunes 2014, p. 962)

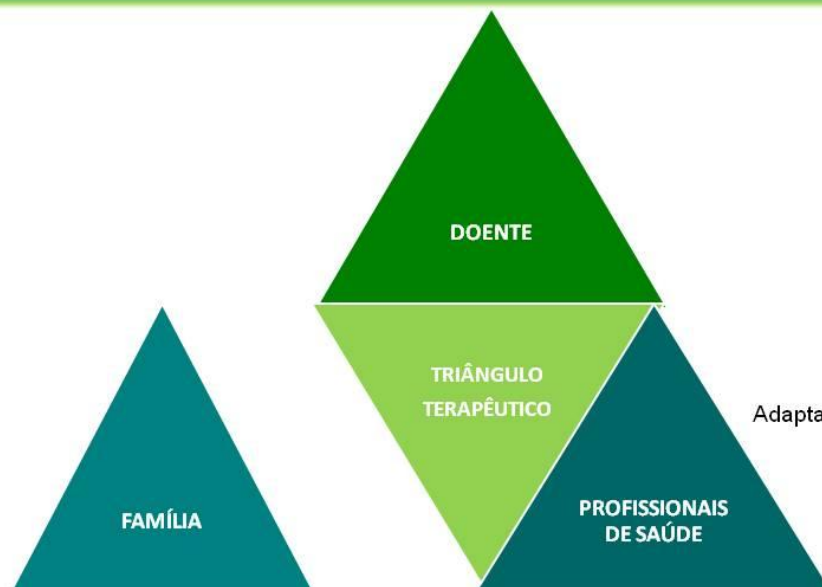
**“a família torna-se cliente de enfermagem, pela vivência de um processo
de transição saúde-doença, de um dos seus membros”**

(Mendes 2015, p. 13)

**“dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade
única, inserida numa família e numa comunidade”**

Artigo 110.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015 de 16 de
setembro, 2015, p. 8080))

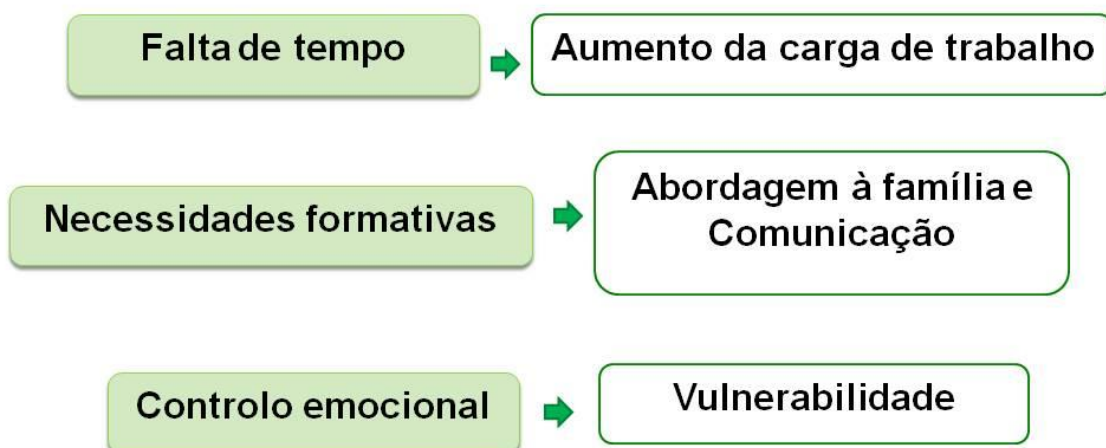
5



Adaptado de Carneiro (2004)
e Costa (2004)

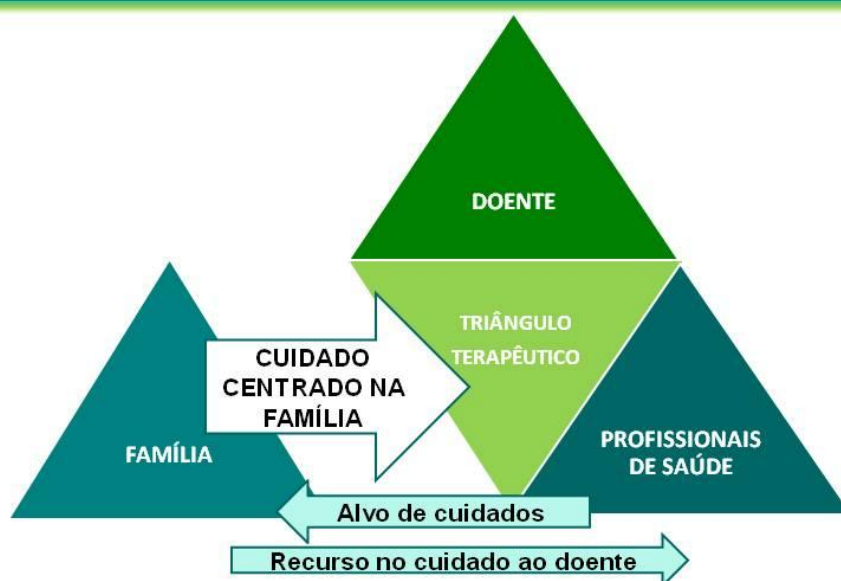
6

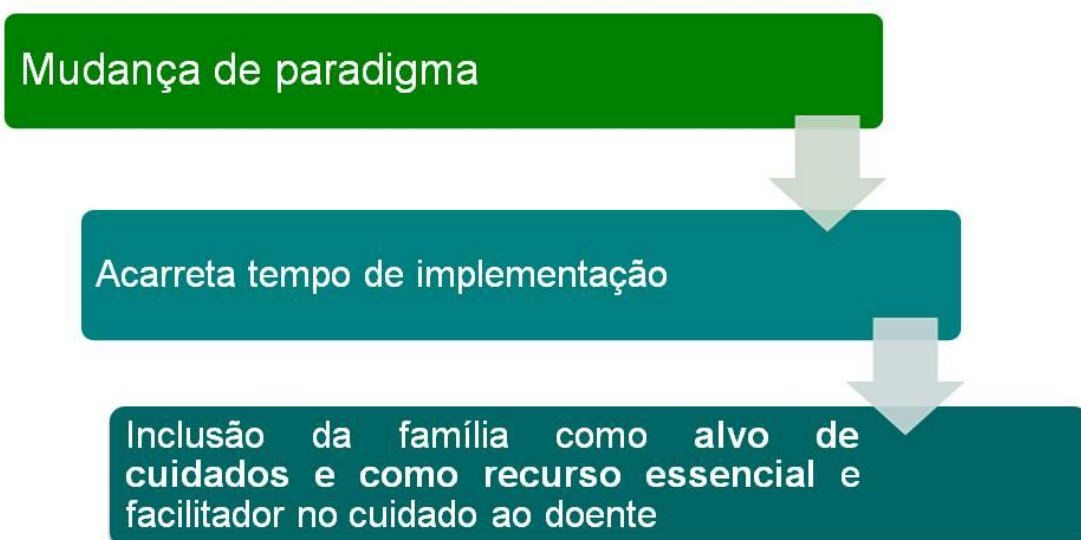
Ana Lusquiños



“a doença é um assunto de família”

Wright & Bell (2009, p. IX)





- Cannon, S. (2011). Family-centered care in the critical care setting: Is it best practice? *Dimensions of Critical Care Nursing*, 30(5), 241–245. <https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e3182276f9a>
- Carneiro, A. V. (2004). A comunicação clínica em contexto de doença aguda. In J. Gomes-Pedro e A. Barbosa. *Comunicar: na clínica, na educação, na investigação e no ensino* (pp. 81–88). Lisboa: Climepsi editores.
- Ciufo, D., Hader, R., & Holly, C. (2011). A comprehensive systematic review of visitation models in adult critical care units within the context of patient- and family-centred care. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(4), 362–387. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2011.00229.x>
- Costa, M. A. (2004). Relação Enfermeiro-Doente. In M. Neves e S. Pacheco. *Para uma ética da enfermagem: desafios* (pp. 63–80). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Damboise, C., & Cardin, S. (2003). Family-Centered Critical Care How one unit implemented a plan. *American Journal of Nursing*, 103(6).
- Henneman, E. A., & Cardin, S. (2002). Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*, 22(6), 12–19 7p. Retrieved from <https://login.ezproxy.liv.ac.uk/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=106810449&lang=sv&site=eds-live>
- Kean, S., & Mitchell, M. (2014). How do intensive care nurses perceive families in intensive care? Insights from the United Kingdom and Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5–6), 663–672.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. (2015). ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS.
- Mendes, A. (2015). *A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos - Desalojar o Desassossego que Vive em Si*. Loures: Lusodidacta.
- Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 19(1), 68–74. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.4785-13.2014>
- Oliveira, C. N., & Nunes, E. D. C. A. (2014). Caring for family members in the ICU: challenges faced by nurses in the interpersonal praxis of user embracement. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(4), 954–963. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014003590013>
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ªed). Lisboa: Climepsi.
- Westley, M. E., Ching, J. M., Sherman, S. A., & Smith, I. A. (2014). Opening the ICU doors. *Healthcare*, 2(4), 258–262. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2014.10.002>
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A Model for Healing*. Calgary: 4th Floor Press.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). São Paulo: Roca.

Muito obrigada

8º Curso de Mestrado
em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular Estágio com Relatório

A FAMÍLIA

Uma abordagem na Unidade de Cuidados Paliativos

Ana Lusquiños

Orientação: Prof.^a Doutora Anabela Mendes

21 Novembro 2018



Unidade Cuidados Paliativos